

# IDENTIFICATION AND EMERGENCY INFORMATION CHILD CARE CENTERS/FAMILY CHILD CARE HOMES

## To Be Completed by Parent or Authorized Representative

CHILD'S NAME	FIRST	MIDDLE	LAST	SEX	TELEPHONE
ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE NAME	FIRST	MIDDLE	LAST	BIRTHDAY	BUSINESS TELEPHONE
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE NAME	FIRST	MIDDLE	LAST	BIRTHDAY	BUSINESS TELEPHONE
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
PERSON RESPONSIBLE FOR CHILD	FIRST	MIDDLE	LAST	FAMILY EMAIL	HOME TELEPHONE

## ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY (PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY)

NAME	ADDRESS	TELEPHONE	RELATIONSHIP

## PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY

PHYSICIAN	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE
DENTIST	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE

IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN?

CALL EMERGENCY HOSPITAL       OTHER      EXPLAIN: \_\_\_\_\_

## NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

(CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

NAME	TELEPHONE	RELATIONSHIP

ALLERGIES

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE	DATE
---	------

## TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR/FAMILY CHILD CARE HOMES LICENSEE

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

# INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA

## GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

### A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE	NOMBRE DE EN MEDIO	APELLIDO	SEXO	TELÉFONO
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO					
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	NOMBRE	NOMBRE DE EN MEDIO	APELLIDO	TELÉFONO DEL TRABAJO	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL HOGAR					
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	NOMBRE	NOMBRE DE EN MEDIO	APELLIDO	TELÉFONO DEL TRABAJO	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL HOGAR					
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	NOMBRE	NOMBRE DE EN MEDIO	APELLIDO	CORREO ELECTRONICO	

### PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA (PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO)

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

### MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA  OTRA EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

### NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	TELÉFONO	PARENTESCO/RELACIÓN

ALERGIAS

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

### A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------