



INFORMACIÓN MÉDICA PARA TODOS LOS NIÑOS EN LAS GUARDERIAS, INCLUYENDO A LOS NIÑOS DE LOS PROVEEDORES.

Los padres deben de llenar la información médica y las vacunas para cada niño registrado en la guardería. La información médica, historia de inmunizaciones, y examen físico pueden ser transferidos cuando el niño(a) se mueva para otra guardería.

Primer Día del Niño(a) en la Guardería _____

Nombre de la Guardería _____

Nombre del Niño(a) _____
Primer Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento _____ Género _____
mes/día/año M/F

Información del Padre de Familia/Guardián

Nombre _____

Información del Padre de Familia/Guardián

Nombre _____

Dirección de la Casa _____
Calle Ciudad Código Postal

Dirección de la Casa _____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono de la Casa _____

Teléfono de la Casa _____

Dirección del Trabajo _____
Calle Ciudad Código Postal

Dirección del Trabajo _____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono del Trabajo _____

Teléfono del Trabajo _____

Teléfono de Celular _____

Teléfono de Celular _____

Correo Electrónico _____

Correo Electrónico _____

Mejor manera de comunicarnos _____

Mejor manera de comunicarnos _____

Nombres y edades de los niños en la familia _____

Personas autorizadas para recoger al niño(a) o notificar en caso de una emergencia. Incluya el nombre, dirección y número de teléfono. Agregue otra pagina adicional, si es necesario. _____

Medico del Niño(a) _____

Numero de Teléfono _____

Dentista del Niño(a) _____

Numero de Teléfono _____

Hospital de Preferencia (para emergencias) _____

¿Su médico aprobó el uso de medicamentos sin receta para su niño(a), como acetaminofén, jarabe para la tos o pomadas que pueden ser dadas por el proveedor de cuidado infantil? ___ No ___ Sí, como lo siguiente:

¿Su niño(a) tiene alguna de las siguientes condiciones (sí o no)? En caso que si, por favor proporcionar información en la forma CCL. 010 Autorización para Cuidado Médico de Emergencia.

_____ Alergias	_____ Frecuente dolor de garganta/resfriados	_____ Dolor de Oídos
_____ Asma	_____ Lenguaje, Vista, Oído	_____ Diabetes
_____ Epilepsia/Convulsiones	_____ Otra _____	

Si respondió sí a cualquiera de arriba, por favor de proporcionar más información _____

¿Ha habido grandes cambios en el hogar que podrían afectar a su niño(a) en la guardería? ___ No ___ Sí, como lo siguiente:

Por favor de proporcionarnos más información o instrucciones especiales que le podrá ayudar a la persona cuidando a su niño(a). _____

Firma del Padre de Familia/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Historia de Inmunizaciones

Requerido para todos los niños en las guarderías, incluido a los niños(as) del proveedor. Un Certificado de Vacunas de Kansas (KCI) puede ser sustituido por esta forma y agregado a la información médica.

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Apellido mes/día/año

Sección I. Para ver el calendario de vacunación recomendado, consulte el calendario actual publicado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

Vacuna	Registre el mes día y año que recibió cada dosis de vacuna					
	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th
Diphtheria, Tétano, Pertussis (DTaP)						
Poliomielitis (IPV/OPV)						
Sarampión, Paperas, y Rubéola (MMR)						
Hepatitis B (HepB)						
Varicela (VAR)						
Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib)						
Neumocócica Conjugada (PCV)						
Hepatitis A (HepA)						
Rotavirus **Recommended <8 mo of age; not required						
Influenza(Flu) ** Recommended annually >6 mo of age; not required						

Sección II.

Complete esta sección sólo si su niño(a) está exento de la ley que requieren vacunas [K.S.A. 65-508(d)].

Las siguientes dos opciones siguientes son las **únicas** exenciones permitidas por la ley. **Por favor, revise cualquiera (A) o (B) a continuación y complete si es necesario.**

(A) Certificación del médico con licencia que indica que la inmunización podría poner en peligro la vida del niño:

Eximir de las siguientes vacunas:

DTaP/DT Tdap/TD Pertussis Solamente Polio MMR Hep A Hep B Hib
PCV Varicela Otra

Firma del Medico (requerida): _____ **Fecha:** _____

(B) Mi niño(a) está exento bajo la ley de las vacunas. A medida que el padre o tutor legal, declaro que soy un seguidor de una secta religiosa cuyas enseñanzas se opone a la inmunización.

Sección III.

Firma del Padre de Familia/Guardián Legal: _____ **Fecha:** _____

