ADMISION PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS – GUARDERIAS
(Intake for Child under 2 years – Child Care Centers)

Uso del formulario: Este formulario es obligatorio para las guarderías en casa para cumplir con HFS 45.09(1)(c)1. La falta a cumplir podría resultar en la emisión de una declaración por incumplimiento. Este formulario es voluntario para las guarderías en grupo. Sin embargo, debe cumplir los requisitos de HFS 46.09(1)(a). Este formulario reune información sobre niños menores de 2 años de edad para poder ayudar a los trabajadores de guarderías en la individualización del programa de cuidado para niños en una guardería en casa o en grupo. La información de identificación personal es reunida para ayudar a proveer servicios de cuidado de niños de calidad y será usada sólo para este propósito.

Instrucciones: Este formulario debe ser completado por el padre / madre previo al primer día de asistencia del niño. Cambios regulares pueden ser anotados. Este formulario debe ser mantenido en el lugar donde se provee el cuidado. Si necesita espacio adicional, incluya una hoja separada.

	Primer Día de Asistencia (Mes/Día/Año)

NOMBRE Y DIRECCION DEL PADRE / MADRE Y NINO

Nombre – Niño (Apellido, Nombre, Inicial)	Apodo (Si tiene alguno)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

Nombre – Padre o Madre (Apellido, Nombre, Inicial)	Teléfono – Casa

Dirección – Padre o Madre (Calle, Ciudad, Estado, Código de Area)

SALUD Nota: Las condiciones de salud que puedan afectar el cuidado del niño deben ser registradas en el formulario CFS-2345, Health History and Emergency Care Plan. El CFS-2345 debe ser compartido con cualquier persona que provea cuidado para el niño.

☐ El niño tiene resfriados frecuentes, infecciones de oídos, cólicos, etc. – Describa.

CAMBIOS

HABITOS DE COMER

Horario actual de comidas	Duración en el horario actual

Tipo de Comidas
☐ Formula ☐ Colada ☐ de Niño ☐ de Adulto ☐ Tipo de leche – Especifique:

Horario de comidas nuevas

Cuando está comiendo, el niño está -
☐ Sentado en las piernas ☐ En una silla de comer ☐ Otro – Especifique:

Come sólo
☐ Sí ☐ No Si es “Sí", usa: ☐ Cuchara ☐ Tenedor ☐ Manos

Problemas especiales de comer
☐ Sí ☐ No Si es "Sí" – Especifique:

Alergias a comidas
☐ Sí ☐ No Si es "Sí" – Especifique:

Comidas favoritas – Especifique.

Comidas que rechaza – Especifique.

CAMBIOS

HABITOS DE DORMIR

Horario actual de dormir

Duración en el horario actual

Se duerme fácilmente
☐ Sí ☐ No

Humor cuando despierta – Describa.

Se lleva un juguete(s) favorito a la cama – **niño mayor de un año de edad**
☐ Sí ☐ No Si es "Sí" – Enliste juguete(s):

Posición en la que duerme – **niño menor de un año de edad**
Nota: Niños menores de un año de edad deben ser puestos a dormir boca arriba a menos que incluya una declaración por escrita hecha por el médico del niño. Vea HFS 45.09(2)(c) y HFS 46.09(2)(bm).
☐ Boca arriba para niños menores de un año de edad ☐ De lado o boca abajo (Declaración médica adjunta)

Posición en la que duerme – **niño mayor de un año de edad**
☐ Boca arriba ☐ De lado o boca abajo

CAMBIOS

PANALES / BANO

Pañales – tipo
☐ Tela ☐ Desechables

Pañales proveídos por los padres
☐ Sí ☐ No

Uso de pañales de goma
☐ Siempre ☐ Nunca ☐ A veces Si "A veces" – Especifique:

Piel sumamente sensible
☐ Sí ☐ No

Sarpullido frecuente en el área del pañal
☐ Sí ☐ No

Uso de aceite, polvo o loción
☐ Sí ☐ No Si es "Sí", nombre(s) del producto – Especifique:

Ha intentado acostumbrar al niño a ir solo al baño
☐ Sí ☐ No Si es "Sí", describa la rutina.

Tipo de silla de baño usada en casa
☐ Silla de orinal de niño ☐ Silla especial de baño ☐ Silla regular de baño

Evacuación regular
☐ Sí ☐ No ¿Qué tan a menudo? Hora(s) del día:

Problemas para ir al baño
☐ Sí ☐ No Si es "Sí" – Describa.

CAMBIOS

COMUNICACION VERBAL

La familia habla cuál idioma – Especifique.
☐ Inglés ☐ Otro Si es "Otro" – Especifique:

Edad que el niño comenzó a hablar

El niño habla con
☐ Palabras ☐ Oraciones

Palabras usadas para describir necesidades especiales – Especifique.

CAMBIOS

CONSUELO

¿Tiene el niño momentos en que es muy difícil de complacer?

☐ Sí ☐ No Si es "Sí" – Especifique en que tiempo.

¿Como es manejado el tiempo en que el niño es difícil de complacer?

Al niño le gusta si:

☐ lo carga ☐ le canta ☐ lo mece ☐ le lee ☐ Otro – Especifique:

Cosas especiales que usted dice o hace para consolar a su niño.

CAMBIOS

EXPRESION PROPIA

¿Qué causa que su niño se sienta enojado o frustrado?

¿Qué asusta a su niño y como lo demuestra?

¿Cómo expresa su niño sentimientos de felicidad, gozo, etc.?

Comentarios adicionales

CAMBIOS

DESARROLLO FISICO Y SOCIAL

Puede su niño – (Marque todas las que apliquen)

☐ sentarse sólo ☐ Pararse ☐ Gatear ☐ Caminar agarrándose ☐ Caminar sin agarrarse

☐ Sí ☐ No ¿Está su niño acostumbrado a estar con compañeros de juegos?

Comentarios

MISCELANEOS

Actividades y juguetes favoritos cuando está adentro – Especifique.

Actividades y juguetes favoritos cuando está afuera – Especifique.

CAMBIOS

Al proveer información completa sobre su niño, usted estará asistiendo al personal a crear una experiencia positiva para él / ella mientras ellos le estén cuidando. Provea cualquier información sobre los hábitos, habilidades o personalidad de su niño que usted sienta serían de ayuda para el personal mientras ellos estén cuidando de él / ella.

FIRMA – Padre / Madre

Fecha de la Firma