

ADMISIÓN PARA NIÑO MENOR DE 2 AÑOS – CENTROS DE CUIDADO DE NIÑOS Intake for Child Under 2 Years – Child Care Centers

Uso del formulario: Este formulario es obligatorio para que los centros familiares de cuidado de niños cumplan con DCF 250.09(1)(c)1 y para que los proveedores certificados cumplan con 202.08(12)(g). El incumplimiento puede resultar en que se expida una declaración de no cumplimiento. Este formulario es voluntario para los centros grupales de cuidado de niños; sin embargo, cumple con los requisitos de DCF 251.09(1)(am). El formulario recopila información sobre los niños menores de 2 años con el fin de asistir a los trabajadores de cuidado de niños a individualizar el programa de cuidado para el niño en un centro familiar o grupal de cuidado de niños. La información personal que usted proporcione podría usarse para otros propósitos [Ley de Privacidad, s. 15.04 (1)(m), Estatutos del Estado de Wisconsin].

Instrucciones: Este formulario debe ser completado por el padre o la madre y debe estar archivado en el centro antes del primer día de asistencia del niño. Se pueden anotar actualizaciones regularmente. Este formulario se deberá guardar en la sala donde se proporciona el cuidado. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada.

Primer día de asistencia (mm/dd/aaaa)

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE O MADRE / NIÑO

Nombre del niño (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre)	Apodo (de tenerlo)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Nombre del padre o la madre (Apellido, primer nombre, inicial del 2.º nombre)	Teléfono de la casa	
Dirección del padre o la madre (Calle, ciudad, estado, código postal)		

SALUD Nota: Los problemas médicos que puedan afectar el cuidado del niño se deben registrar en el formulario del departamento, Antecedentes Médicos y Plan de Atención de Emergencia. El formulario se deberá compartir con cualquier persona que cuide al niño.

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

ACTUALIZACIONES

COMIDAS

Esquema de alimentación actual	Tiempo en esquema actual
Tipo de comida <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Colada <input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> De mesa <input type="checkbox"/> Tipo leche – Especifique:	
Esquema para alimentos nuevos	
Cuando come el niño está: <input type="checkbox"/> Sobre la falda <input type="checkbox"/> En una silla alta <input type="checkbox"/> Otro – Especifique:	
Se alimenta solo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", usa: <input type="checkbox"/> Cuchara <input type="checkbox"/> Tenedor <input type="checkbox"/> Las manos	
Problemas de alimentación especiales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", especifique:	
Alergias a alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", especifique:	
Alimentos favoritos. Especifique.	
Rechazó alimentos. Especifique.	

ACTUALIZACIONES

SUEÑO

Esquema actual de sueño

Tiempo en esquema actual

Se duerme fácilmente

 Sí No

Humor al despertarse. Describa.

Se lleva sus juguetes favoritos a la cama – **niño mayor de 1 año** Sí No Si respondió "Sí", indique qué juguetes:Posición para dormir – **niño menor de 1 año****Nota:** A los niños menores de 1 año de edad se los debe acostar boca arriba a menos que se adjunte una declaración por escrito del médico del niño. Boca arriba para niños menores de 1 año De lado o boca abajo (declaración del médico adjuntada)Posición para dormir – **niño mayor de 1 año** Boca arriba De lado o boca abajo

ACTUALIZACIONES

CAMBIO DE PAÑALES / USO DEL BAÑO

Pañal – tipo

 Tela Desechable

Pañales suministrados por los padres

 Sí No

Usa bombacha de goma

 Siempre Nunca Algunas veces Si respondió "Algunas veces", especifique:

Piel muy sensible

 Sí No

Dermatitis de pañal frecuente

 Sí No

Lociones, talcos o ungüentos utilizados

 Sí No Si respondió "Sí", especifique el nombre del producto o productos:

Intentó enseñarle a controlar esfínteres

 Sí No Si respondió "Sí", describa la rutina.

Tipo de asiento de inodoro utilizado en el hogar

 Inodoro para niños Asiento de inodoro especial Asiento de inodoro común

Movimientos intestinales normales

 Sí No ¿Con qué frecuencia?

Hora(s) del día:

Problemas para ir al baño

 Sí No Si respondió "Sí", describa:

ACTUALIZACIONES

COMUNICACIÓN VERBAL

¿Qué idioma habla la familia? Especifique.

 Inglés Otro Si respondió "Otro", especifique:

Edad en que el niño comenzó a hablar

El niño dice

 Palabras Oraciones

Palabras utilizadas para describir necesidades especiales. Especifique.

ACTUALIZACIONES

DAR CONSUELO

¿En algún momento se pone el niño fastidioso?

Sí No Si respondió "Sí", especifique el momento.

¿Qué hace cuando el niño está fastidioso?

Al niño le gusta:

Estar en brazos Que le canten Que lo acunen Que le lean Otro – Especifique:

Cosas especiales que usted dice o hace para consolar al niño.

ACTUALIZACIONES

AUTOEXPRESIÓN

¿Qué hace que su niño se enoje o frustre?

¿Qué asusta a su niño y cómo lo demuestra?

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

Comentarios adicionales

ACTUALIZACIONES

DESARROLLO FÍSICO Y SOCIAL

¿Puede su niño hacer lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

Sentarse por sí mismo Pararse Gatear Caminar sosteniéndose Caminar sin sostenerse

Sí No ¿Está su niño acostumbrado a jugar con otros niños?

Comentarios

ACTUALIZACIONES

MISCELÁNEOS

Juguetes y actividades favoritas del niño **en interiores**. Especifique.

Juguetes y actividades favoritas del niño **al aire libre**. Especifique.

Al proporcionar información completa sobre su niño, usted ayudará al personal a que cree una experiencia positiva para él o ella durante su cuidado. Indique cualquier información sobre los hábitos, habilidades o personalidad de su niño que considere que será útil para el personal durante su cuidado.

ACTUALIZACIONES

FIRMA – Padre, madre o guardián

Fecha de la firma