

HISTORIA CLÍNICA Y PLAN DE ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA HEALTH HISTORY AND EMERGENCY CARE PLAN

Uso del formulario: Este formulario es obligatorio para los centros de cuidado infantil familiares y grupales y para los campamentos de día de modo de cumplir con DCF 250.04(6)(a)1. y 250.07(6)(L)5., DCF 251.04(6)(a)6. y 251.07(6)(k)5., y DCF 252.44(6)(g) de los Wisconsin Administrative Codes. El incumplimiento puede provocar la emisión de una declaración de incumplimiento. La información personal que proporcione se puede usar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones: El padre / tutor debe completar este formulario para que se coloque en el legajo del niño antes de su primer día de asistencia. La información incluida en este formulario se compartirá con cualquier persona que cuide al niño. El departamento recomienda que los padres / tutores y el personal del centro revisen y actualicen la información proporcionada en el formulario periódicamente.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Dirección – Casa (Calle, ciudad, estado, código postal)	
Teléfono	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Fecha – Primer día de asistencia (mm/dd/aaaa)

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR Proporcione información sobre dónde se puede ubicar a los padre(s) / tutor(es) mientras el niño esté en el programa de cuidado infantil.

Nombre	Teléfono – Particular	Teléfono – Laboral	Teléfono – Celular
Nombre	Teléfono – Particular	Teléfono – Laboral	Teléfono – Celular

INFORMACIÓN DEL MÉDICO / CONSULTORIO MÉDICO

Nombre – Médico	Dirección – Consultorio médico	Telephone Number
-----------------	--------------------------------	------------------

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE PROTECTOR SOLAR / REPELENTE DE INSECTOS Si es proporcionado por los padres, el protector solar o el repelente de insectos debe tener una etiqueta con el nombre del niño. Según DCF 251.07(6)(f)2., las autorizaciones deben revisarse cada 6 meses y actualizarse según sea necesario. Según DCF 250.07(6)(f)2.a., las autorizaciones deben revisarse periódicamente y actualizarse según sea necesario.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo al centro a aplicar protector solar a mi hijo.	Nombre de la marca	Fuerza de los ingredientes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo al centro a permitir que mi hijo se ponga protector solar solo.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo al centro a aplicar repelente a mi hijo.	Nombre de la marca	Fuerza de los ingredientes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo al centro a permitir que mi hijo se ponga repelente solo.		

HISTORIA CLÍNICA Y PLAN DE ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA Si está disponible, adjunte toda información sobre el plan de atención médica del médico, terapeuta, etc. del niño.

1. Marque toda condición médica especial que tenga su hijo.
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna condición médica específica | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Inquietudes gastrointestinales o de alimentación incluidas dietas especiales y suplementos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia /convulsiones | <input type="checkbox"/> Cualquier trastorno incluida la discapacidad cognitiva, LD, ADD, ADHD, o Autismo |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral / trastorno motriz | <input type="checkbox"/> Otras condiciones que requieren atención especial – Especifique. | |
| <input type="checkbox"/> Otras condiciones que requieren atención especial – Especifique. | | |
- Alergia a la leche. Si un niño es alérgico a la leche, adjunte una declaración de un profesional médico que indique la alternativa aceptable.
- Alergias a alimentos – Especifique los alimentos.
- Alergias a no alimentos – Especifique.

2. Disparadores que pueden causar problemas – Especifique.

3. Señales o síntomas que hay que observar – Especifique.

4. Pasos que debería seguir el proveedor de cuidado infantil. Si es necesario administrar medicamentos recetados o no recetados, se debe adjuntar una copia de la Autorización para Administrar Medicamentos (*Authorization to Administer Medication*) a este formulario. Nota: los centros de cuidado infantil grupales y los campamentos de día pueden usar sus propios formularios.

5. Identifique a cualquier personal del programa de cuidado infantil a quien ha proporcionado capacitación / instrucciones especializadas para ayudar a tratar los síntomas.

- a.
- b.
- c.

6. Cuándo llamar a los padres con respecto a los síntomas o sobre la no respuesta al tratamiento.

7. Cuándo considerar que la condición requiere atención médica de emergencia o una reevaluación.

8. Información adicional que pueda ser útil para el proveedor de cuidado infantil.

FIRMA – Padre o tutor

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Fechas de revisión: _____