

OHIO DEPARTMENT OF JOB AND FAMILY SERVICES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SERVICIOS PARA FAMILIAS DE OHIO

<b>Suscripción del Niño(a) e Información de la Salud – Página 1</b>				Primer día en el centro
Nombre del niño(a)		Fecha en que se completó / actualizó el formulario		
Fecha de nacimiento	Dirección de la casa	Ciudad, estado, código postal	Número telefónico de la casa	
Nombre del padre o madre /guardián	Parentesco con el niño(a)	Nombre del padre o madre / guardián	Parentesco con el niño(a)	
Dirección de la casa	Empleador / Escuela	Dirección de la casa	Empleador / Escuela	
Ciudad, estado, código postal	Dirección y ciudad	Ciudad, estado, código postal	Dirección y ciudad	
<b>Cómo podemos comunicarnos con usted:</b> Número telefónico de la casa:                      Número telefónico del trabajo/ escuela: Teléfono celular:    Pager:		<b>Cómo podemos comunicarnos con usted:</b> Número telefónico de la casa:                      Número telefónico del trabajo/ escuela: Teléfono celular:    Pager:		
Dónde podemos encontrarlo la mayor parte del tiempo que su niño(a) esté en este programa:		Dónde podemos encontrarlo la mayor parte del tiempo que su niño(a) esté en este programa:		
<b>Contactos de emergencia:</b> Enliste los nombres de otras personas locales a las que le gustaría que contactáramos en caso de una emergencia o enfermedad si el padre o madre / guardián no se puede contactar. Las personas enlistadas deberán ayudarnos a localizar al padre o madre / guardián y por lo menos una persona enlistada deberá tomar responsabilidad por el niño(a) en caso de que no se localice al padre o madre / guardián.				
Nombre		Nombre		
Ciudad / estado		d / estado		
Número telefónico	Parentesco con el niño(a)	Número telefónico	Parentesco con el niño(a)	

**Transporte de Emergencia**  
(Completar únicamente 1 ó 2)

1. Doy permiso para transporte	2. No doy permiso para transporte		
Doy (Nombre del Centro/ Casa Tipo A) _____ mi permiso para que mi niño(a) _____ sea transportado al ( Hospital, Clínica) _____ para cuidado médico de emergencia (Dentista- si es necesario) _____ para el cuidado dental de emergencia, o al establecimiento de ayuda más cercano.	<b>No doy</b> al (Nombre del Centro/ Casa Tipo A) _____ mi permiso para que mi niño(a) _____ sea transportado para recibir cuidado médico o dental de emergencia. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento médico o dental de emergencia, deseo que se haga lo siguiente _____ _____ _____ _____		
Firma del padre o madre /guardián	Fecha	Firma del padre o madre /guardián	Fecha

Nombre del médico o clínica / hospital		Nombre del dentista (recomendado para niños mayores de 18 meses de edad)	
Dirección		Dirección	
Ciudad, estado	Número telefónico	Ciudad, estado	Número telefónico

Nota: Este es un formulario prescrito proporcionado por JFS el cual debe usarse por los centros y casas tipo A para cumplir con los requisitos de los reglamentos 5101:2-12-37 y 5101:2-13-37. Este formulario debe completarse y archivarse en el centro o casa tipo A, a más tardar el primer día en que acuda el niño(a).  
JFS 01234-SPA (Rev. 12/2010)

Nombre del niño(a)	Fecha en que se completó / actualizó el formulario
--------------------	--

### Información de la Salud

Marque si no corresponde

Alergias (comida, medicamento, y medio ambiente) y precauciones, reacciones, y tratamiento:	
Medicamentos, suplementos de comida, dieta modificada actualmente administrada:	
Problemas físicos crónicos:	
Historial de hospitalización:	
Historial de enfermedades que ha tenido el niño(a):	
Cualquier información de la salud o suscripción adicional que considere importante que sepamos acerca de su niño(a):	

### Registro de Inmunizaciones

No se requieren que estén completas para la edad escolar de los niños

(Indicar las Fechas de acuerdo a cuando se pusieron: mes/día/año para cada inmunización)

Vacunas (Inmunizaciones):	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 4	Dosis 5
Difteria, Tos ferina, Tétanos (DPT)					
Hepatitis B (Hep B)					
Hemofilia Influenza tipo b (HIB)					
Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)					
Polio					
Varicela (viruela loca)					
Hepatitis A					

### Registro del Padre o Madre

SÍ	NO	
		Estoy de acuerdo en que se incluya mi nombre y número telefónico en el centro, en el registro de padre o madre de la casa tipo A el cual se proporcionará a solicitud por cualquier padre cuyo niño esté suscrito en el centro o casa tipo A.

Firma del padre o madre/ guardián	Fecha
-----------------------------------	-------

Nota: Este es un formulario prescrito proporcionado por JFS el cual debe usarse por los centros y casas tipo A para cumplir con los requisitos de los Reglamentos 5104-2-37 y 5101:2-13-37. Este formulario debe completarse y archivar en el centro o casa tipo A, a más tardar el primer día en que acuda el niño(a).