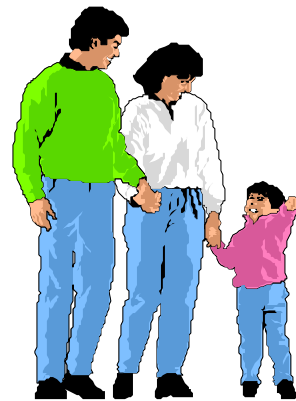


MANTENIMIENTO DE REGISTROS PARA SU NEGOCIO DE CUIDADO DE NIÑOS



Umatilla Morrow
Child Care Resource and Referral
(Cuidado de Niños Recursos y Referencias)
541-564-6878
1-800-559-5878
Fax 541-567-6879
www.umchs.org

Estimado Proveedor para Cuidado de Niño,

Aquí tiene un paquete con información y formularios para ayudarle a escribir las reglas (pólizas) para su programa individual de cuidado de niños. Se deben usar en forma de guía para ayudarle a escribir sus pólizas y procedimientos. Siéntase libre para hacer copias de estos formularios para su uso y/o alterarlas según sus necesidades. Estos formularios fueron creados usando Microsoft Word y están disponibles en nuestra oficina.

Nosotros aquí en Cuidado de Niño Recursos y Referencias queremos hacer su trabajo un poco más fácil, y esperamos que usted pueda usarlas. ¡Diviértase y Buena Suerte!

Sinceramente,

Personal de Cuidado de Niño Recursos y Referencias

541-564-6878

1-800-559-5878

www.umchs.org

Números de Teléfono Importantes:

División para Cuidado de Niño (Child Care Division): 1-800-556-6616

Especialistas para Licencia de Cuidado de Niño: Condado de Umatilla Heidi Johnson 541-938-6324 ext 1

Gloria Velasquez 541-938-6324 ext 2

Condado de Morrow Julie Smith 541-296-5435 ext 228

Reportar Abuso Infantil: 1-800-547-3897

USDA-Programa de Alimentos: Servicios para Desarrollo de Cuidado de Niño 1-800-695-6988 ext 2509

Unidad de Pago Directo (Direct Pay Unit "DPU"): 1-800-669-9074

Rvs 3/19/08

Formulario de Aceptación

Esto es para confirmar que _____ se ha aceptado para cuidado en _____ (nombre de guardería). Se reservara un lugar hasta el primer día de cuidado que comenzara en _____ (fecha). Se ha recibido el cobro por ingresar de \$ _____ (equivalente a dos semanas de cuidado). Este cobro por ingresar no se regresara en caso de que el niño(a) no sea colocado bajo cuidado. Cuando comience el cuidado de niño(a), se aplicara la cantidad de ingreso hacia a las ultimas dos semanas de cuidado.

Fecha: _____

Firma de padres o guardianes: _____

Firma del proveedor: _____

(Aquí Va el Nombre de Su Negocio y Domicilio)

INFORMACION PARA INGRESAR

NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
PADRES/GUARDIAN		DOMICILIO	Teléfono Hogar # de Celular
PADRES/GUARDIAN		DOMICILIO	Teléfono Hogar # de Celular
# DE SEGURO SOCIAL	#DE SEGURO SOCIAL		
NOMBRE DE SEGURO MEDICO		# DE GRUPO	
SE PUEDE COMUNICAR CON LOS PADRES/GUARDIAN EN:			
NOMBRE		DOMICILIO DE HOGAR	TELÉFONO
PARENTESCO		EMPRESA DE TRABAJO	TELÉFONO
HORARIO DE TRABAJO DE: A:		DOMICILIO DE TRABAJO	
NOMBRE		DOMICILIO DE HOGAR	TELÉFONO
PARENTESCO		EMPRESA DE TRABAJO	TELÉFONO
HORARIO DE TRABAJO DE: A:		DOMICILIO DE TRABAJO	
PERSONAS DE CONTACTO SI ES QUE NO SE PUEDE COMUNICAR CON LOS PADRES/GUARDIAN:			
NOMBRE		PARENTESCO	TELÉFONO
DOMICILIO			
NOMBRE		PARENTEZCO	TELÉFONO
DOMICILIO			
AUTORIZACION PARA RECOGER AL NIÑO/NIÑOS APARTE DE USTED, CON UNA NOTA:		PARENTESCO HACIA EL NIÑO	
NOMBRE			TELÉFONO
NOMBRE			TELEFONO
NOMBRE			TELÉFONO
ARREGLOS ESPECIALES: AUTOBÚS ESCOLAR, PUNTO PARA RECOGER Y PARA DEJAR:		ALERGIAS:	GUSTOS/ANTIPATÍA/MIEDO:
ALTERNATIVA DE HORARIO ESCOLAR:			

NOTAS:		
---------------	--	--

Información para Ingresar (continuación)

¿En el pasado ha tenido su niño la experiencia de estar bajo cuidado de niño? Si _____ No _____

Favor de dar cualquier información acerca de su niño que nos pueda ayudar con su experiencia al estar bajo cuidado de niño (por ejemplo, jugar, dormir, o hábitos para comer, miedos, gustos y antipatías, etc.)

Se le da permiso a _____ para lo siguiente:
(Nombre del Proveedor)

A mi niño lo puede llevar en viajes de campo o excursiones en vehículo de motor bajo supervisión apropiada. Si _____ No _____

Nombre del Doctor del Niño	Domicilio	Número de Teléfono
----------------------------	-----------	--------------------

Nombre del Dentista del Niño	Domicilio	Número de Teléfono
------------------------------	-----------	--------------------

Hospital	Domicilio	Número de Teléfono
----------	-----------	--------------------

¿Esta recibiendo su niño medicamento? Si la respuesta es si, ¿para que?

¿Nombre del medicamento que esta tomando su niño para alguna enfermedad) Si _____ No _____

¿Tiene su niño las inmunizaciones a la fecha para su edad? Si _____ No _____

¿Ha tenido su alguna de las siguientes enfermedades?: (Favor de poner un circulo en todas las que aplican)

- | | | | | |
|----------|-----------|---------------------|------------|-----------------|
| Varicela | Hepatitis | Meningitis | Tos Ferina | Garganta Estrep |
| Fuegos | Impétigo | Paperas | Rubéola | Tuberculosis |
| Piojos | Sarampión | Oftalmia contagiosa | Sarna | Otra: |

Otros problemas serios de salud:

¿Son los problemas lo suficiente serios para restricción en las actividades de su niño? Si _____ No _____

Favor de explicar:

En una emergencia, _____ tiene permiso para llevar a mi niño con un doctor u hospital disponible, yo me hago cargo de los gastos, si es que no se puede comunicar conmigo. Favor de poner sus iniciales en su respuesta: Si _____ No _____

En caso de emergencia, la persona nombrada arriba tiene mi permiso para llamar a mi doctor en la lista y, si es necesario, dar consentimiento al doctor u hospital para administrar tratamiento medica o quirúrgico y cuidado para mi niño, yo me hago cargo de los gastos, si es que yo no se puede comunicar conmigo. Si _____ No _____

Nombre de compañía de seguro: _____

Número de Grupo: _____

En caso de una emergencia, mi niño puede recibir tratamiento de primeros auxilios. Si____ No____

Firma de Padres/Guardián

Fecha

Información Medica para Emergencia/Dar Información

En forma de padre/madre o guardián legal de los siguientes niños:

nombre y fecha de nacimiento	nombre y fecha de nacimiento
Autorizo a _____	
Nombre del proveedor	domicilio
	# de teléfono

Que tiene 18 años de edad o mayor, consentimiento para cualquier tratamiento medico o quirúrgico para los niños nombrados arriba, que dicha persona crea ser conveniente, si es que no se puede poner en contacto con tiempo razonable con los padres o guardián legal cuando se trae a algún niño(os) para tratamiento.

La autorización de arriba será efectiva a partir de esta fecha _____ hasta _____.
(Periodo total por ley no puede exceder seis meses)

Durante este periodo los padres o guardián legal del niño(os) nombrados arriba será en el siguiente lugar: _____ teléfono: _____

Domicilio de hogar de padres/guardián _____ teléfono: _____

Lugar de trabajo: _____ teléfono: _____

Si no se puede comunicar con los padres o guardián durante el horario de cuidado de niño, póngase en contacto con las siguientes personas:

Nombre: _____ teléfono: _____

Doctor del Niño _____ teléfono: _____

Compañía de Seguro de Salud: _____ Numero: _____

Enfermedad crónica o alergias del niño nombrado arriba: _____

Medicamentos actualmente: _____

Fecha de la última inmunización de DPT: _____

Ponga una marca en lo siguiente para dar su permiso para hacer lo siguiente:

_____ En una emergencia, el proveedor de cuidado de niño tiene mi permiso para llamar a una ambulancia o llevar a mi niño con algún doctor disponible u hospital

_____ En una emergencia, el proveedor de cuidado de niño tiene mi permiso para obtener tratamiento medico para mi niño, excepto para estas restricciones. Anotar:

_____ A mi niño se le puede dar medicamento con receta médica.

_____ A mi niño se le puede dar medicamento sin receta médica.

_____ A mi niño se le puede llevar en viajes de campo en vehiculo de motor con supervisión requerida.

_____ Mi niño puede participar en natación u otras actividades acuáticas.

_____ A mi niño se le puede tomar fotografías durante actividades en-casa.

_____ A mi niño se le puede tomar fotografías para propósito de publicidad. (periódico local o carta informativa).

Firma: _____ o _____ Fecha: _____
madre/guardián padre/guardián

Formulario Medico

Información Básica

Fecha: _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre-Madre: _____ Teléfono-Hogar: _____ Teléfono-Autobús: _____

Nombre-Padre: _____ Teléfono-Hogar: _____ Teléfono-Autobús: _____

El niño vive con ___ madre, ___ padre, ___ otra persona _____

Otros niños que viven con el niño:

Nombre: _____ edad: _____ sexo: _____

Nombre: _____ edad: _____ sexo: _____

Nombre: _____ edad: _____ sexo: _____

Historial de Salud

Marcar la enfermedad que ha tenido o tiene el niño:

___ asma ___ epilepsia ___ pulmonía ___ garganta estrep
___ varicela ___ viruelas ___ reumatismo ___ tos ferina
___ diabetes ___ paperas ___ fiebre escarlatina _____

Alergias (alimentos, droga, piquete de abeja, etc.) Anotar el tipo, síntomas, y tratamiento requerido

Inmunización (dar el mes y año de la vacuna más reciente):

Viruelas _____ rubéola _____ polio _____

Paperas _____ difteria _____ sarampión _____

Tétano _____ tuberculosis _____ otro _____

Copia de registro de inmunización adjunta y con firma de un doctor: ___ si ___ no

Fecha y clínica del último examen medico _____

¿Tiene su niño alguna necesidad especial que requiere acomodaciones por el proveedor? Favor de anotar

¿Tiene su niño algunas limitaciones de función (física, mental, social, o comportamiento)? Favor de anotar _____

¿Tiene su niño alguna condición que, de acuerdo a información medica actual, pondría directamente en peligro la salud o seguridad de otras personas en el programa? ___ si ___ no

Formulario para Permiso de Viaje de Campo

Formulario para Permiso General

Nombre del Proveedor _____ puede llevar _____

(nombre del niño) para caminata en un paseo corto como parte del programa para cuidado de niño familiar. Además el proveedor puede llevar al niño de arriba en los viajes de campo en su carro. Este formulario estará en efecto por un año a partir de la fecha de abajo.

Fecha _____ Firma de Padres _____

Domicilio _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Formulario para Permiso Específico

Nombre del Proveedor _____ tiene mi consentimiento para llevar a _____ (nombre del niño) en los siguientes paseos.

Lugar _____

Fecha de actividad _____

Firma de Padres _____ Fecha _____

Póliza para Transportar a los Niños

Para operar mi negocio de cuidado de niño, mi primera responsabilidad es asegurar la salud seguridad de niños que están bajo mi cuidado. Cuando los padres dejan o recogen sus niños, quiero asegurar que el transporte de sus niños sea con seguridad. Cuando los padres transportan a los niños bajo la influencia de alcohol o drogas o fallan en usar un asiento de carro apropiado para el niño, crea una situación de transporte insegura. Le pediré al padre/madre que no transporte al niño y haré propuesta de otras formas alternativas. Si el padre/madre insiste en trasportar al niño, inmediatamente llamare a la policía para hacer un reporte de la situación insegura.

Alternativa 1 – Llamare a un replazo autorizado que tal vez pueda transportar al niño e una emergencia. Los nombres de alternativa de chóferes son:

Nombre: _____ teléfono: _____

Nombre: _____ teléfono: _____

Alternativa 2 – Llamare a un carro de sitio para que recoja al niño y al padre/madre. El padre/madre pagara el cobro del carro de sitio.

Alternativa 3 – Si los padres fallan en traer un asiento de carro apropiado para el niño, le pediré a los padres que vallan a casa sin el niño y regresen con asiento de carro apropiado el carro.

Alternativa 4 – Otras alternativas

Si los padres rehúsan en estar de acuerdo e una de las opciones de arriba e insisten en llevarse al niño, llamare a la policía para reportar la situación insegura de manejo.

Firma de Padres y Fecha

Firma del Proveedor y Fecha

Contrato de Acuerdo de Proveedor y Padres o Guardián para Cuidado de Niño

1. El siguiente acuerdo se hace entre:

A. _____
Madre/Guardián Legal Teléfono del Hogar Teléfono del Trabajo

Domicilio del Hogar Carro y numero de licencia

Nombre y Domicilio de la Empresa de Trabajo Número de Seguro Social

B. _____
Padre/Guardián Legal Teléfono del Hogar Teléfono del Trabajo

Domicilio del Hogar Carro y numero de licencia

Nombre y Domicilio de la Empresa de Trabajo Número de Seguro Social

C. _____
Proveedor de Cuidado de Niño Teléfono

Domicilio

Para el cuidado de:

D. _____; _____
Nombre del Niño y Fecha de Nacimiento Nombre del Niño y Fecha de Nacimiento

_____;

2. Promedio de Cobro y Pólizas para el Pago:

Cobro de ingreso de \$_____ al aceptar al niño se cobra la cantidad equivalente a dos semanas de cuidado.

Los pagos del cobro será \$_____/mes, \$_____/semana, \$_____/día o \$_____/hora.

El horario de cuidado será normalmente de _____ a.m. a _____ p.m. en estos días. (Circular)

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

El pago se debe hacer por adelantado del servicio y el pago se vence en: _____

Cobros adicionales: _____

3. Promedio de cobro por tiempo extra:

1. Para propósitos del acuerdo, tiempo extra se considera dejar al niño antes de _____ a.m. _____ p.m. y recogerlo después de _____ a.m. _____ p.m.
2. Si los padres/guardián legal hace arreglos con anticipación con el proveedor, el niño puede permanecer tiempo extra por el cobro de: \$_____ por _____ o por parte de.
3. Si los padres/guardián legal no ha informado el proveedor que el o ella no va a llegar antes o mas tarde de el horario de acuerdo, el promedio de cobro será: \$_____ por _____ o por parte de.
4. Si los padres/guardián legal no notifica al proveedor de que el niño esta enfermo y no va a llegar antes del horario designado de llegada, se cobrara el promedio de \$_____ por el día.
5. Los pagos por tiempo extra se deben pagar el día en que ocurren.
6. Si el banco regresa un cheque por no haber fondos (NSF), se le cobrara una cantidad equivalente a lo que el banco cobra.

Póliza para Padres y Proveedor

Fecha _____

1. Este acuerdo se hace entre los Padres/Guardián _____ y Proveedor _____ para el cuidado de _____, (nombre del Niño) en la casa del Proveedor.

Si los padres/guardián no han notificado al proveedor de que el o ella va a recoger tarde al niño y el proveedor no puede continuar con el cuidado, el proveedor llamara a una de las personas autorizadas para venir por el niño(s).

2. Personas autorizadas para recoger al niño(s):
Madre Si No Padre Si No

Nombre _____ Parentesco _____
Domicilio _____ carro/licencia _____
Teléfono-hogar _____ teléfono-trabajo _____

Nombre _____ Parentesco _____
Domicilio _____ carro/licencia _____
Teléfono-hogar _____ teléfono-trabajo _____

El proveedor solamente permitirá a personas con autorización de los padres/guardián para llevarse al niño(s) bajo su cuidado.

3. Póliza para Emergencias:
Para emergencias contra la vida, el proveedor hará: _____

Nombre de la persona(s) para llamar en caso de emergencia cuando a los padre(s) no se les puede encontrar.

Nombre: _____ teléfono: _____

Nombre: _____ teléfono: _____

4. Sustitución de Arreglos para Cuidado: _____

5. Niños con Necesidades Especiales
Para asegurar cuidado adecuado de _____, estamos de acuerdo en lo siguiente:

6. Pólizas del Programa: Las actividades típicas para los niños son:
Interior: _____

Exterior: _____

Póliza para Excluir a un Niño Enfermo

Aun con las mejores practicas de prevención, los microbios algunas veces se comparten y los niños se enferman. Es mejor estar preparado. Excluir a un niño enfermo tal vez pueda ser la mejor forma para prevenir esparcir microbios. Si el niño tiene los siguientes síntomas, es mejor que ellos se queden en casa:

Favor de no traer a sus niños con los siguientes síntomas. Tal vez ellos puedan ser contagiosos y será mejor que estén fuera del sitio de cuidado de niños.

1. El niño tiene diarrea o excremento aguinoso.
2. El niño tiene fiebre arriba de 100° F.
3. El niño tiene piojos.
4. El niño tiene dolor de estomago por dos horas o dolor con fiebre o dolor con otros síntomas.
5. El niño ha vomitado dos veces o más.
6. El niño tiene salpullido con fiebre en el cuerpo, comezón, o llagas.
7. El niño tiene infección en el ojo con mucosidad espesa o le sale pus del ojo y la parte blanca del ojo esta de color rosa o rojiza.
8. El niño tiene ampollas en la boca con babea.
9. El niño se queja de dolor de garganta y tiene fiebre con glándulas inflamadas del cuello.
10. El niño parece estar enfermo—inusualmente cansado, pálido, sin hambre, duro para despertar, confuso e irritante, o no puede participar en actividades.

Si un niño tiene o desarrolla cualquiera de los síntomas de arriba, se le llamara a los padres al trabajo para que vengan a recogerlo. Se recomienda que los padres busquen consejo de su proveedor de cuidado de salud si estos síntomas están presentes.

Los resfriados son comunes en los niños. Excluir a los niños del sitio de cuidado de niño una vez que ya están enfermos es muy tarde para prevenir esparcir el virus. Los niños que tienen síntomas leves de resfriado y que no tienen ninguno de los síntomas de arriba no necesitan estar fuera del sitio de cuidado de niño. Infecciones en el oído no se pueden esparcir de un niño a otro. La decisión de dejar al niño bajo cuidado depende en su comodidad y necesidades.

He leído y seguiré la póliza de exclusión para niños enfermos.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Aviso de Terminación

Este aviso es para darle a saber que ya no podré ofrecerle mis servicios de cuidado de niño

_____ (nombre del niño) comenzando en _____ (fecha).

Continuare proporcionando mis servicios de cuidado de niño regular hasta esta fecha. De

acuerdo a nuestro contrato escrito, a usted se le requiere pagar por mis servicios hasta esta fecha,

ya sea si su niño estará o no estará presente. Su pago de matricula se usara para estas ultimas dos semanas.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Firma de padres: _____ Fecha: _____

Acuerdo de Cobro para Cuidado de Niño

Yo, _____ estoy de acuerdo en pagar _____
(Nombre de Padres/Guardián) (cantidad)

por _____ a _____ para cuidado de niño
(semana, mes, día) (Nombre del Proveedor)

como lo muestra en la programación de abajo. Comprendo y estoy de acuerdo en pagar una cantidad adicional por tiempo extra de _____ en caso de que el niño/niños estén
(cantidad por hora)

bajo cuidado en adición a los que están abajo en la programación.

Programación de Horario para Cuidado de Niño:

Días de la Semana que ni niño(s) asistirán:

Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Horas del Día:

De: _____ A:

De: _____ A:

De: _____ A:

Número de niños que estarán bajo cuidado: _____

Nombres de niños bajo cuidado:

Comidas que se esperan:

Desayuno Meriendas Almuerzo Merienda Cena Merienda

Proveeré comidas para mi niño

(Si yo proveo las comidas, se que debo proveer comidas nutritivas y meriendas)

Notas:

Firma de Padres/Guardián y Fecha

Firma del Proveedor y Fecha

Recibo para Cobro de Horas Después del Horario

Fecha: _____

Tiempo para Recogerlo: _____

Nombre de Padres: _____

Nombre del Niño(s): _____

Cobro por Tiempo Extra \$ _____ Promedio \$ _____

Otros Gastos \$ _____ Para: _____

Cantidad \$ _____

Firma del Personal: _____ Firma de Padres: _____

Anotaciones Diarias de Pañales / Actividades

Nombre del Niño: _____ Fecha: _____

Pañal 7am 8am 9am 10am 11am 12pm 1pm 2pm 3pm 4pm 5pm 6pm

Cambios _____

D = Seco BM = excremento W = mojado T = sanitario

Horario que durmió: _____ a _____

Actividades: _____

Su Niño necesita: _____ pañales _____ toallitas _____ cambio de ropa _____ otro _____

¡REPORTE OUCH (hay)!

Nombre del Niño _____ Fecha _____

Sucedió _____ adentro _____ afuera _____ Horario del día _____

Descripción breve de la lesión _____

Primeros Auxilios ___ lavado ___ curita ___ hielo ___ descanso/observación ___ TLC ___

Persona atendiendo la lesión _____ otros testigos _____

Proveedor _____ Comentarios Adicionales _____

Formulario para Recibo de Pago

Recibo de Negocios para Servicios de Cuidado de Niño

Fecha en que se Recibió _____

Recibió de _____ \$ _____

Cantidad escrita _____

Para servicios de cuidado de niño de _____ (fecha) a _____ (fecha)

___ Contado ___ Número de Cheque _____

Firma del Proveedor _____

Firma de Padres _____

1001

GLORIA'S DAY CARE
DAY CARE * NITE CARE * WEE CARE
215 SOUTH CLARK STREET
CENTREVILLE, MICHIGAN 49032
PHONE: (800) 624-2887

Se Recibió de _____ Fecha _____

_____ Dólares \$ _____

Nombre del Niño: _____

Cantidad de la Cuenta \$ _____

Cantidad Pagada \$ _____

Saldo de Balance \$ _____

Contado ___ Cheque ___ Otro _____

GLORIA'S DAY CARE
TAX ID #123-45-6789

¡GRACIAS!

Por _____

