

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN DEL NIÑO CHILD INFORMATION CARD

State of Michigan Department of Human Services - Bureau of Children and Adult Licensing

Instrucciones: A menos que se especifique lo contrario, se debe proporcionar toda la información solicitada. Si desconoce la información o esta no corresponde, debe responder "se desconoce" o "ninguno". No se aceptan campos en blanco, líneas sobre los campos o "N/C" como respuestas.

Para uso del proveedor únicamente:		Fecha de admisión	Fecha de alta		
Nombre del niño (apellido, primer nombre e iniciales del segundo)					Fecha de nacimiento del niño
Dirección (número y calle, número de edificio/apartamento)			Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del padre/tutor legal		Teléfono del domicilio ()		Nombre de la madre/tutor legal	
Dirección de residencia (si no es la dirección del niño)		Teléfono celular ()		Dirección de residencia (si no es la dirección del niño)	
Ciudad	Estado	Código postal		Ciudad	Estado
Dirección de correo electrónico (opcional)			Dirección de correo electrónico (opcional)		
Nombre del empleador		Teléfono del Trabajo ()		Nombre del empleador	
Nombre del médico o clínica médica del niño		Número de teléfono del médico o clínica médica ()			
Hospital preferido para tratamientos de emergencia (opcional)					
Alergias y necesidades e instrucciones especiales (adjunte más hojas si es necesario).					

BCAL-3731 (Rev. 7-12) Previous editions 9-09, 3-08, 10-07, & 1-06 may be used until 12/31/13.

Vea el reverso

Contacto de emergencia y alta del niño: Enumere a todas las personas, incluso padres/tutores legales, en orden de preferencia, a quienes se debe contactar en caso de emergencia. Si es posible, incluya al menos una persona que no sea padre/tutor legal a quien deba contactarse en caso de emergencia o en caso de que deba retirar al niño tras el alta. Puede dejar en blanco la columna para brindar un segundo número de teléfono. (En caso de que existan más personas, adjunte más hojas.)		
1.	()	()
2.	()	()
3.	()	()
Retiro del niño únicamente: Enumere a todas las personas que no sean los padres/tutores legales que pueden retirar al niño tras el alta. (En caso de que existan más personas, adjunte más hojas.)		
1.	()	2. ()
3.	()	4. ()

Autorizo a _____, con licencia del Departamento de Servicios Humanos <small style="text-align: center;">(Nombre del proveedor)</small>	
a garantizar tratamiento médico y/o quirúrgico de emergencia para el menor anteriormente mencionado mientras se le presta asistencia.	
Firma del padre o tutor	Fecha de firma

Fecha de revisión de la credencial	Iniciales del padre o tutor legal	Revisión de la fecha de la credencial	Iniciales del padre o tutor legal	Revisión de la fecha de la credencial	Iniciales del padre o tutor legal	Revisión de la fecha de la credencial	Iniciales del padre o tutor legal

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discriminará a ninguna persona o grupo por su raza, religión, edad, nacionalidad, color, estatura, peso, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, creencias políticas o discapacidad. Conforme la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, si necesita ayuda para leer, escribir, escuchar, etc., se le invita a informar sus necesidades a la oficina de DHS de su área.	AUTORIDAD: 1973 PA 116 COMPLETADO: Requerido PENALIZACIÓN: Citación por violación de las reglas.
--	---