

## ADMISIÓN PARA NIÑOS MENORES QUE 2 AÑOS EN CENTROS DE CUIDADO INFANTIL

### INTAKE FOR CHILD UNDER 2 YEARS – CHILD CARE CENTERS

**Uso del formulario:** este formulario es obligatorio para que los centros de cuidado infantil familiar cumplan con el DCF 250.09(1)(c)1. y que los proveedores certificados cumplan con el 202.08(12)(g). En caso de no cumplir con este requisito, podría emitirse una declaración de incumplimiento. Este formulario es voluntario para los centros de cuidado infantil grupal. Sin embargo, cumple con los requisitos del DCF 251.09(1)(am). Este formulario recopila información sobre niños menores que 2 años para ayudar a los trabajadores de cuidado infantil a individualizar el programa de cuidado para el niño en un centro de cuidado infantil familiar o grupal. La información personal que proporcione puede usarse para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** este formulario debe ser completado por el padre/la madre/el tutor y debe estar archivado en el centro antes del primer día de asistencia de un niño. Se pueden anotar actualizaciones regulares. Este formulario debe mantenerse en la habitación en donde se proporciona el cuidado. Si se necesita más espacio, adjunte una hoja por separado.

Primer Día de Asistencia (mm/dd/aaaa)

#### NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR

Nombre del niño (apellido, nombre, segundo nombre)	Apodo (si tiene)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Nombre de los padres (apellido, nombre, segundo nombre)	Número de teléfono (fijo)	
Domicilio de los padres (calle, ciudad, estado, código postal)		

**SALUD** Nota: deben registrarse las afecciones de salud que pueden afectar el cuidado del niño en el formulario del departamento, *Health History and Emergency Care Plan*. El formulario debe compartirse con toda persona que proporcione cuidado para el niño.

El niño tiene resfriados frecuentes, infecciones del oído, cólicos, etc. Describa.

#### ACTUALIZACIONES

#### COMIDAS

Cronograma actual de alimentación	Duración en el cronograma actual
-----------------------------------	----------------------------------

Tipo de comida

Leche materna  De fórmula  Colada  De niños  De mesa  Tipo de leche. Especifique:

Nuevo horario de comidas

Al comer, el niño está:

Sobre el regazo  En la sillita alta  Otra. Especifique:

Come solo

Sí  No Si la respuesta es "Sí", usa:  Cuchara  Tenedor  Manos

Problemas especiales de alimentación

Sí  No Si la respuesta es "Sí", especifique:

Alergias a alimentos

Sí  No Si la respuesta es "Sí", especifique:

Comidas favoritas. Especifique.

Comidas que rechaza. Especifique.

#### ACTUALIZACIONES

**SUEÑO**

Cronograma actual del sueño

Duración en el cronograma actual

Se duerme fácilmente

 Sí  No

Humor al despertarse. Describa.

Se lleva el/los juguete(s) favorito(s) a la cama (**niños mayores que 1 año**) Sí  No Si la respuesta es "Sí", mencione el/los juguete(s):Posición para dormir (**niños menores que 1 año**)**Nota:** para dormir, se debe colocar de espaldas a los niños menores a 1 año a menos que se adjunte una declaración por escrito del médico del niño. De espaldas para niños menores que 1 año  De costado o boca abajo (adjuntar declaración del médico)Posición para dormir (**niños de 1 año o mayores**) De espaldas  De costado o boca abajo

ACTUALIZACIONES

**USO DE PAÑALES/BAÑO**

Tipo de pañal

 De tela  Descartable

Pañales proporcionados por los padres

 Sí  No

Usa pantalones de plástico

 Siempre  Nunca  A veces Si la respuesta es "A veces", especifique:

Piel altamente sensible

 Sí  No

Irritación frecuente por el pañal

 Sí  No

Usa lociones, polvos o pomadas

 Sí  No Si la respuesta es "Sí", especifique el/los nombre(s) de los productos:

Se intenta enseñarle a usar el baño

 Sí  No Si la respuesta es "Sí", describa la rutina.

Tipo de asiento del inodoro que se usa en el hogar

 Bacinica  Asiento especial de inodoro  Asiento regular de inodoro

Deposiciones regulares

 Sí  No Frecuencia:

Momento(s) del día:

Problemas para usar el baño

 Sí  No Si la respuesta es "Sí", describa.

ACTUALIZACIONES

**COMUNICACIÓN ORAL**

Idioma que habla la familia.

 Inglés  Español  Otro Si la respuesta es "Otro", especifique:

Edad en la que el niño comenzó a hablar

El niño habla en

 Palabras  Oraciones

Palabras que usa para describir necesidades especiales. Especifique:

ACTUALIZACIONES

---

**CONSUELO**

---

¿Tiene el niño un momento quisquilloso?

Sí  No Si la respuesta es "Sí", especifique el momento.

---

¿Cómo se maneja el momento quisquilloso?

---

Al niño le gusta:

Que lo alcen  Que le canten  Que lo acunen  Que le lean  Otro. Especifique:

---

Cosas especiales que dice o hace para consolar al niño.

---

---

ACTUALIZACIONES

---

---

**AUTOEXPRESIÓN**

---

¿Qué le provoca al niño sentirse enojado o frustrado?

---

---

¿Qué le asusta al niño y cómo lo demuestra?

---

---

¿Cómo demuestra el niño sentimientos de felicidad, disfrute, etc.?

---

---

Comentarios adicionales

---

---

ACTUALIZACIONES

---

---

**DESARROLLO FÍSICO Y SOCIAL**

---

¿El niño puede hacer lo siguiente? (marque todas las opciones que correspondan)

Sentarse solo    Levantarse    Gatear    Caminar sosteniéndose    Caminar sin ayuda

Sí    No   ¿El niño está acostumbrado a jugar con compañeros?

Comentarios

---

---

ACTUALIZACIONES

---

---

**VARIOS**

---

Juguetes y actividades **de interior** favoritas del niño. Especifique.

---

Juguetes y actividades **de exterior** favoritas del niño. Especifique.

---

---

Al proporcionar información completa sobre el niño, ayuda al personal a crear una experiencia positiva para él/ella mientras está al cuidado. Mencione toda información sobre los hábitos, las capacidades o la personalidad del niño que crea que serán útiles para el personal al cuidar al niño.

---

---

ACTUALIZACIONES

---

---

**FIRMA** del padre/la madre/el tutor

---

Fecha de firma