

## HISTORIAL DE SALUD Y PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

### HEALTH HISTORY AND EMERGENCY CARE PLAN

**Uso del formulario:** Este formulario es voluntario y cumple con los requisitos en DCF 250.04(6)(a)1., DCF 251.04(6)(a)6. y DCF 252.41(4)(a)6. de los Wisconsin Administrative Codes. En caso de no cumplir con este requisito, podría emitirse una declaración de incumplimiento. La información personal que proporcione puede usarse para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** El padre/la madre/el tutor puede completar este formulario para colocarlo en el expediente del menor antes del primer día de asistencia del menor. La información contenida en el 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 periódicamente la información provista en este formulario.

#### INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Primer Día de Asistencia (mm/dd/aaaa)
Domicilio particular (calle, ciudad, estado, código postal)		

#### INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR Proporcione información sobre dónde se puede encontrar a el/los padre(s)/tutor(es) mientras el niño está bajo cuidado.

Nombre	Número de teléfono principal	Número de teléfono del lugar de trabajo	Número de teléfono secundario
Nombre	Número de teléfono principal	Número de teléfono del lugar de trabajo	Número de teléfono secundario

#### INFORMACIÓN DEL MÉDICO / CENTRO DE SALUD

Nombre del médico	Dirección del centro de salud	Número de teléfono
-------------------	-------------------------------	--------------------

**AUTORIZACIÓN DE PANTALLA SOLAR/REPELENTE DE INSECTOS Si lo proporcionan los padres, el protector solar o el repelente de insectos se etiquetarán con el nombre del niño.** De acuerdo con DCF 250.07(6)(h)6., las autorizaciones se revisarán periódicamente y se actualizarán según sea necesario. De acuerdo con DCF 251.07(6)(g)3., las autorizaciones se revisarán cada seis meses y se actualizarán según sea necesario.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo al centro a aplicar protector solar a mi hijo.	Marca	Fuerza del ingrediente
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo al centro a permitir que mi hijo se aplique el protector solar.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo al centro a aplicar repelente a mi hijo.	Marca	Fuerza del ingrediente
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo al centro a permitir que mi hijo se aplique el repelente.		

**HISTORIAL DE SALUD Y PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA Si está disponible, adjunte cualquier información del plan de atención médica del médico, terapeuta, etc. Del niño.**

- Marque cualquier afección médica especial que pueda tener su hijo.
  - Ninguna afección médica específica
  - Asma  Diabetes  Problemas gastrointestinales o de alimentación, incluida una dieta especial y suplementos
  - Parálisis cerebral/trastorno motor  Epilepsia/trastorno convulsivo  Cualquier trastorno, incluyendo discapacidades cognitivas, discapacidades de aprendizaje, TDA, TDAH o autismo
  - Otras condiciones que requieren cuidados especiales: especifique.
  - Alergia a la leche. Si un niño es alérgico a la leche, adjunte una declaración del profesional médico que indique la alternativa aceptable.
  - Alergias alimentarias: especifique los alimentos.
  - Alergias no alimentarias: especifique.

---

2. Desencadenantes que pueden causar problemas: especifique.

---

3. Señales o síntomas a tener en cuenta: especifique.

---

4. Pasos que debe seguir el proveedor de cuidado infantil. Si se necesitan medicamentos recetados o sin receta, se debe adjuntar a este formulario una copia del formulario *Authorization to Administer Medication – Child Care Centers*. Nota: Los centros grupales de cuidado infantil y los campamentos de día pueden usar su propio formulario.

---

5. Identifique a cualquier personal de cuidado infantil a quien le haya brindado capacitación/instrucciones especializadas para ayudar a tratar los síntomas.

- a.
- b.
- c.

---

6. Cuándo llamar a los padres sobre los síntomas o la falta de respuesta al tratamiento.

---

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

---

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

---

**FIRMA:** Padre o tutor

Fecha de firma (mm/dd/aaaa)

**Fechas de revisión:** \_\_\_\_\_