



**Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias de Delaware**  
**Oficina de Licencias de Cuidado Infantil**

**Formulario de Historial de Salud de Cuidado Infantil de  
 Emergencia Temporal**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Progenitor/Tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Marque las respuestas correctas a las siguientes preguntas. Provea una breve explicación bajo COMENTARIOS para toda respuesta positiva.

¿Tiene el niño alguno de los siguientes?	SÍ	NO	COMENTARIOS
a) ¿Problema de la visión?			
b) ¿Problema auditivo?			
c) ¿Problema del habla o lenguaje?			
d) ¿Problema de enfermedad física o discapacidad?			
e) ¿Problema mental, emocional o de conducta?			
f) ¿Demora en el desarrollo?			
g) ¿Alergias?			
h) ¿Otro? (Si responde SÍ, especifique)			
i) ¿Condición de salud, que pueda requerir medida de emergencia? (Si responde SÍ, especifique, ej. convulsiones, alergia a picadura de abeja, diabetes, etc.) <b>Adjunte plan para manejar incidentes si se presentasen.</b>			
j) ¿Está al día el niño con las vacunas?			
k) ¿Está tomando el niño actualmente algún medicamento?			

Este niño se encuentra por lo demás en buena salud física y mental. Está también libre de enfermedades infecciosas y puede participar totalmente en todas las actividades.

<b>YES</b>	<b>NO</b>

Enumere cualquier área del programa en la que el niño no pueda participar por completo. ¿Ayudarían algunos límites o alteraciones a satisfacer sus necesidades? Provea una breve explicación.

Firma del Progenitor/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_