**Fundamentos de la Familia**

Llene un formulario para cada miembro de la familia.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |

**Información de la Casa**

|  |  |
| --- | --- |
| Domicilio |  |
| Ciudad, Estado, Código Postal  |  |
| Teléfono |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

 **Información de Trabajo/Escuela**

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa |  |
| Posición |  |
| Dirección |  |
| Ciudad, Estado, Código Postal  |  |
| Teléfono |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

**Otra Información Personal**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de Nacimiento |  |

**Información Adicional del Trabajo**

|  |  |
| --- | --- |
| Departamento |  |
| Nombre Auxiliar |  |
| Teléfono Asistente |  |
| Nombre del jefe |  |
| Teléfono del Jefe |  |
| Contacto del Personal |  |
| Teléfono del Personal |  |
| 401K / Contacto de Pension  |  |
| 401K / Teléfono de Pension  |  |

**Información de Cuidado Infantil**

Llene un formulario por cada niño.

**Padres**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono del Trabajo  |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono del Trabajo  |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono del Trabajo  |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono del Trabajo  |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

 **Vecinos**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono del Trabajo  |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono del Trabajo  |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono del Trabajo  |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

**Pediatra**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono |  |

**Necesidades Especiales e Instrucciones**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Alergias**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Niño |  |
| Tipo de alergia |  |
| Notas |  |
| Nombre del Niño |  |
| Tipo de alergia |  |
| Notas |  |
| Nombre del Niño |  |
| Tipo de alergia |  |
| Notas |  |

**Farmacia**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono |  |

**Medicaciones/Suplementos**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño |  |
| Medicación |  |
| Dosis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño |  |
| Medicación |  |
| Dosis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño |  |
| Medicación |  |
| Dosis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño |  |
| Medicación |  |
| Dosis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño |  |
| Medicación |  |
| Dosis |  |

**Seguro**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Primaria |  |
| Dirección |  |
| Número de Policía |  |
| Teléfono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Secundario |  |
| Dirección |  |
| Número de la Policía |  |
| Teléfono |  |

**Formulario de Autorización de Emergencia**

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_

En mi ausencia, autorizo el tratamiento médico de emergencia para mi niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Mi hijo está siendo atendido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Atentamente,

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en impreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_

En mi ausencia, autorizo el tratamiento médico de emergencia para mi niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Mi hijo está siendo atendido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Atentamente,

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en impreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Cuidado de Ancianos**

**Básico**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre/Fecha de Nacimiento |  |
| dirección |  |
| teléfono |  |
| Número de celular |  |
| Condiciones médicas |  |

**Información Médica Básica**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Sangre |  |
| Nombre del Médico |  |
| Teléfono Primario |  |
| Nombre del Especialista Médico |  |
| teléfono |  |
| Nombre del Especialista Médico |  |
| Teléfono |  |
| Nombre del Especialista Médico |  |
| Teléfono |  |

**Alergias**

|  |  |
| --- | --- |
| Alergias de Comidas |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Alergias Medicas |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Otras Alergias |  |

**Farmacia**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono |  |

**Medicaciones/Suplementos**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Número |  |
| Nombre |  |
| Número |  |
| Nombre |  |
| Número |  |
| Nombre |  |
| Número |  |

**Cirugía**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de cirugía |  |
| Médico |  |
| Fecha |  |
| Diagnóstico |  |
| Ubicación de la Cirugía  |  |
| Resultado del examen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo |  |
| Médico |  |
| Fecha |  |
| Diagnóstico |  |
| Ubicación de la Cirugía  |  |
| Resultado del examen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo |  |
| Médico |  |
| Fecha |  |
| Diagnóstico |  |
| Ubicación de la Cirugía  |  |
| Resultado del examen |  |

**Seguro**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Primario |  |
| Dirección |  |
| Número de Póliza |  |
| Teléfono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Primario |  |
| Dirección |  |
| Número de Póliza |  |
| Teléfono |  |

**Contactos Principales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de contacto de Emergencia |  |
| Teléfono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de contacto de Emergencia |  |
| Teléfono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de contacto de Emergencia |  |
| Teléfono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de contacto de Emergencia |  |
| Teléfono |  |

**Otra Información**

|  |  |
| --- | --- |
| Donación de Órganos (Si/No) |  |
| Ubicación del Testamento |  |
| Ubicacion de documento de Poder |  |