

## Lista de requisitos de la Estancia Infantil

El primer día de estancia en la guardería asegúrese de traer la siguiente información sobre su niño.

- ☐ Autorización para actuar en caso de emergencia médica. Esta debe estar notariada (**debe de estar firmada ante presencia de un notario certificado**) CAPS cuenta con un notario disponible entre sus colaboradores.
- ☐ Forma de inscripción llenada completamente. (por favor complete TODAS las páginas, a menos que se indique lo contrario)
- ☐ Copia de su seguro médico/ información
- ☐ Copia de cartilla de vacunación **actualizada**
- ☐ Examen médico actual (**en los últimos 11 meses**)
- ☐ Una identificación reciente con foto, de las personas que pueden, recoger al niño especificadas en la solicitud.
- ☐ Los artículos de necesidad de su niño.

### Guardería para Infantes (12 meses – 30 meses):

- pañales y todo lo que utiliza para ello, pomada, etc.
- Toallas húmedas para limpiar.
- Los niños pequeños DEBEN tener 1 año Y caminar.
- Un juego de ropa extra.
- ¡El niño PEQUEÑO DEBE tener zapatos!

### Preescolares (2.6 a 5 años):

- Ropa apropiada para jugar en el exterior de acuerdo con la estación y zapatos apropiados (no chandas)
- Un juego de ropa adicional (**para todo momento**)
- Dos cambios mininos de pañales entrenador o ropa interior y una ropa adicional a - la anteriormente mencionada si es que el niño está en proceso de entrenamiento para ir al baño.

## Política de asistencia a las Mama.

Este programa se ofrece de acuerdo con fondos asistenciales y capacidad del centro (cuenta con un límite de capacidad para las familias y sus hijos). Actualmente contamos con una lista de espera de admisión en los programas para los niños en CAPS. Por tal motivo es importante cumplir y respetar con fechas y horarios y tiempos programados, de lo contrario su solicitud puede ser removida de la lista. Entendemos que pueden darse casos excepcionales para no atender a su cita por lo que esperamos contar con aviso previo.

Horarios 9-12 pm y 2-5pm de lunes a viernes. Por favor respetar la hora de salida para recoger a su niño.

Recuerde de llamar y asegurar su lugar llamando a las oficinas de CAPS 785-825-4493, manténgase al pendiente los horarios pueden estar sujetos a cambios.

En caso de mal tiempo el servicio de la Guardería estará **CERADO** como lo hace el distrito escolar USD 305, sin excepción alguna.

Esperamos contar con este programa por muchos años, su cooperación es muy importante. Con la finalidad de proporcionar un buen servicio en la prevención de la salud, es conveniente que su hijo permanezca en casa cuando presenta los siguientes síntomas.

## **Me debo quedar en casa cuando....**



He tenido un  
Fiebre de más de 100.1  
En las últimas 24 hrs.  
Sin Tylenol ni Motrin



He vomitado en el  
Últimas 24 horas



Hetenido  
DIARREA en las  
últimas 24 hrs.



Cuando  
tengo algun tipo  
de ronchas



Cuando tengo  
Pulgas o Liendres  
En mi pelo



Cuando tengo mucha  
COMZON y Laganas  
en mis ojos porque  
están llorosos

Estamos orgullosos de nuestro personal de cuidado infantil que tiene una excelente formación educativa y de desarrollo de la primera infancia.

Maestros: Valeria Gonzalez

Michele Hays

Jakyma Roughton

Directora de Guardería: Necol Agugba

¡Nuestra prioridad es mantener a su niño en un ambiente seguro y de aprendizaje. Cualquier duda en referente a la guardería favor de contactar por telefono a las oficinas de CAPA o por correo electrónico [necol@capsosalina.org](mailto:necol@capsosalina.org)

## Cuidado Infantil de relevo

### Inscripción familiar y hoja de Ingresos

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_ F \_\_\_\_ M

La familia primero: \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Interesado en servicios de mentoría? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Tu hijo tiene un IEP o IFSP? Si es así, cuál: ☐ IEP ☐ IFSP ☐ Ninguno

**Información del padre o tutor:** (enumere a ambos padres/ tutor o proporcione cualquier documentación judicial necesaria)

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_ F \_\_\_\_ M Estado civil: \_\_\_\_\_

Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Educación: (círculo) menos de HS diploma GED HS Diploma Algunos universitarios Tecnología

Grado de capacitación o superior

Estado del seguro: Medicaid/Estado Sin Seguro Privado Tricare Otro \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ FT PT No empleado

Fuentes de ingresos (circular todos) Salarios Desempleo Pensión alimenticia, o Seguridad Social

Compensación del trabajador SSI Agrícola TANF Otros: \_\_\_\_\_

Estado militar: Antigua rama actual de N/A: \_\_\_\_\_

Referido por DCF: Si No

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_ F \_\_\_\_ M Estado civil: \_\_\_\_\_

Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Educación: (círculo) menos de HS diploma GED HS Diploma Algunos universitarios Tecnología

Grado de capacitación o superior

Estado del seguro: Medicaid/Estado Sin Seguro Privado Tricare Otro \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ FT PT No empleado

Fuentes de ingresos (circular todos) Salarios Desempleo Pensión alimenticia, o Seguridad Social

Compensación del trabajador SSI Agrícola TANF Otros: \_\_\_\_\_

Estado militar: Antigua rama actual de N/A: \_\_\_\_\_

Referido por DCF: Si No

Ingreso anual total del hogar: \$ \_\_\_\_\_

**Nombre de todos los niños en el hogar:**

1) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M / F

Etnia: Hispana / No Hispana Relación con el padre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

Estado del seguro para niños: Medicaid/CHIP Sin seguro Privado Tricare Otero \_\_\_\_\_

2) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M / F

Etnia: Hispana / No Hispana Relación con el padre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

Estado del seguro para niños: Medicaid/CHIP Sin seguro Privado Tricare Otero \_\_\_\_\_

3) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M / F

Etnia: Hispana / No Hispana Relación con el padre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

Estado del seguro para niños: Medicaid/CHIP Sin seguro Privado Tricare Otero \_\_\_\_\_

4) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M / F

Etnia: Hispana / No Hispana Relación con el padre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

Estado del seguro para niños: Medicaid/CHIP Sin seguro Privado Tricare Otero \_\_\_\_\_

**Información de la familia:**

Número de personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

Número de niños menores de 18 años en el hogar: \_\_\_\_\_

Arreglos de vivienda (círculo uno): Estable Sin hogar temporal / viviendo en un refugio

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
**Uso de la Oficina Unicamente** ---Office Use Only

M(AM) M(PM) TU(AM) TU(PM) W(AM) W(PM) TH(AM) TH(PM) F(AM) F(PM)

Franja horario: \_\_\_\_\_ Start Fecha: \_\_\_\_\_ Franja horario: \_\_\_\_\_ Start Fecha: \_\_\_\_\_ End Fecha: \_\_\_\_\_

**Ingreso anual familiar:** (por favor marcar uno) Menos de \$17,000 \$17,000 a \$49,999 Más de \$50,000

En la base de datos \_\_\_\_\_ Inicial del personal \_\_\_\_\_ Compartir la familia \$ \_\_\_\_\_

**REGISTRO MÉDICO PARA TODOS LOS NIÑOS DE LAS GUARDERÍAS,  
INCLUYENDO LOS PROPIOS NIÑOS DEL PROVEEDOR**

Los padres tienen que llenar el registro médico y el historial de vacunas de cada niño en una guardería con licencia. El registro médico, el historial de vacunas y la evaluación de salud del niño son transferibles cuando el niño se cambia a otra guardería con licencia.

Primer día del niño en la guardería \_\_\_\_\_ Nombre de la guardería Child Advocacy & Parenting Services, Inc

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Mes/día/año M/F

**Información del padre/tutor**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección del domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Cód. postal  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Número de celular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Mejor modo de comunicarse \_\_\_\_\_

**Información del padre/tutor**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección del domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Cód. postal  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Número de celular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Mejor modo de comunicarse \_\_\_\_\_

**Personas autorizadas a recoger al niño o a notificar en caso de emergencia (diferente de los padres):**

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| Nombre _____    | Nombre _____    |
| Dirección _____ | Dirección _____ |
| Teléfono _____  | Teléfono _____  |

Médico del niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia (para emergencias) \_\_\_\_\_

Alguna alergia o condición médica del niño:

Algún cambio mayor en el hogar que podría afectar a su niño en la guardería:

Por favor, proporcione información adicional o instrucciones especiales que ayuden a la persona que cuida a su niño:

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión anual: \_\_\_\_\_ Iniciales del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Provider Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión anual: \_\_\_\_\_ Iniciales del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Provider Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión anual: \_\_\_\_\_ Iniciales del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Provider Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión anual: \_\_\_\_\_ Iniciales del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Provider Iniciales: \_\_\_\_\_

### Evaluación de salud del niño

El formulario de *Evaluación de salud del niño* debe ser llenado y firmado por un enfermero(a) aprobado por KDHE para llevar a cabo evaluaciones de salud a niños o por un médico licenciado. Si un médico asistente (PA, por sus siglas en inglés) llena la *Evaluación de salud del niño*, se requiere que se incluya la firma de un médico licenciado autorizando al PA, en la parte inferior de este formulario.

Se requiere que la *Evaluación de salud del niño* sea hecha en un formulario KDHE u otro formulario aceptable mencionado más adelante y que se le haga a todos los niños, incluyendo a los niños del proveedor(a) o del personal en las Guarderías en casa con licencia, Guarderías de grupo en casa con licencia, Guarderías con licencia y Centros pre-escolares con licencia. Son aceptables el formulario de evaluación «Kan-Be-Healthy» de KDHE, el formulario de evaluación de un médico y el formulario de evaluación de una escuela para los niños de edad escolar o menores. El formulario de evaluación de salud usado debe adjuntarse al formulario de Registro médico KDHE (CCL. 029).

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Mes/día/año

|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Historial de salud e información médica necesaria para llevar a cabo la rutina de la guardería y para emergencias (describa, si hay alguna):<br><input type="checkbox"/> Ninguna | ¿Usted ve a este niño para su supervisión regular de salud?:<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alergia a alimentos o medicina (describa, si hay alguna):<br><input type="checkbox"/> Ninguna                                                                                    |                                                                                                                         |
| Enumere las medicinas actuales (si hay alguna):<br><input type="checkbox"/> Ninguna                                                                                              |                                                                                                                         |

| Talla/Altura:                                                                                                                                                                     | PULG/CM | Percentil %            | Peso:                                                                | LB/KG         | Percentil % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>Examen físico</b>                                                                                                                                                              |         | ✓ Si es normal         | <b>Si es anormal – Comentarios</b>                                   |               |             |
| Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta                                                                                                                                                  |         |                        |                                                                      |               |             |
| Dientes                                                                                                                                                                           |         |                        |                                                                      |               |             |
| Cardio/respiratorio                                                                                                                                                               |         |                        |                                                                      |               |             |
| Abdomen/gastrointestinal                                                                                                                                                          |         |                        |                                                                      |               |             |
| Genitales/Pechos                                                                                                                                                                  |         |                        |                                                                      |               |             |
| Extremidades/Articulaciones/Espalda /Pecho                                                                                                                                        |         |                        |                                                                      |               |             |
| Piel/Ganglios linfáticos                                                                                                                                                          |         |                        |                                                                      |               |             |
| Neurológico y de desarrollo                                                                                                                                                       |         |                        |                                                                      |               |             |
| <b>Pruebas de detección</b>                                                                                                                                                       |         | <b>Fecha de prueba</b> | <b>Anote aquí si los resultados están pendientes o son anormales</b> |               |             |
| Plomo                                                                                                                                                                             |         |                        |                                                                      |               |             |
| Anemia (HGB/HCT)                                                                                                                                                                  |         |                        |                                                                      |               |             |
| Análisis de orina (UA)                                                                                                                                                            |         |                        |                                                                      |               |             |
| Audición                                                                                                                                                                          |         |                        |                                                                      |               |             |
| Visión                                                                                                                                                                            |         |                        |                                                                      |               |             |
| Problemas de salud o necesidades especiales, tratamiento recomendado/medicina/cuidado especial (Adjunte hojas adicionales si fuese necesario)<br><input type="checkbox"/> Ninguno |         |                        |                                                                      |               |             |
| Firma de un médico licenciado o enfermero(a) aprobado para hacer evaluaciones de salud a niños                                                                                    |         |                        |                                                                      |               | Fecha       |
| Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que firma en la parte superior                                                                                               |         |                        |                                                                      |               | Teléfono    |
| Dirección                                                                                                                                                                         |         | Ciudad                 |                                                                      | Código postal |             |

### Historial de vacunas

Requerido para todos los niños en la guardería, incluyendo los propios niños del proveedor. Se puede sustituir este formulario por un Certificado de Vacunas de Kansas (KCI, por sus siglas en inglés) y adjuntarlo al Registro médico que se ha llenado.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido Mes/día/año

**Sección I. Para obtener un cronograma recomendado de vacunas, refiérase al cronograma actual publicado por el Comité Consultivo de Prácticas de Vacunas (ACIP, por sus siglas en inglés).**

| Vacuna                                                                                         | Anote el mes, día y año en que se recibió cada dosis de vacuna |                |                             |                |                         |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|----------------|
|                                                                                                | 1 <sup>a</sup>                                                 | 2 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup>              | 4 <sup>a</sup> | 5 <sup>a</sup>          | 6 <sup>a</sup> |
| Difteria, Tétanos, Tos convulsiva (DTaP)                                                       |                                                                |                |                             |                |                         |                |
| Poliomielitis (IPV/OPV)                                                                        |                                                                |                |                             |                |                         |                |
| Sarampión, Paperas, Rubeola (MMR)                                                              |                                                                |                |                             |                |                         |                |
| Hepatitis B (HepB)                                                                             |                                                                |                |                             |                |                         |                |
| Varicela (VAR)                                                                                 |                                                                |                | Historial de la enfermedad: |                | Fecha de la enfermedad: |                |
|                                                                                                |                                                                |                | Firma del médico:           |                |                         |                |
| Influenza Hemophilus Tipo B (Hib)                                                              |                                                                |                |                             |                |                         |                |
| Vacuna neumocócica conjugada (PCV)                                                             |                                                                |                |                             |                |                         |                |
| Hepatitis A (HepA)                                                                             |                                                                |                |                             |                |                         |                |
| Rotavirus **Recomendada para menores de 8 meses de edad. No es obligatoria                     |                                                                |                |                             |                |                         |                |
| Influenza (gripe) ** Recomendada para mayores de 6 meses de edad anualmente. No es obligatoria |                                                                |                |                             |                |                         |                |

### Sección II.

Llene esta sección solamente si su niño está exonerado de la ley que requiere la vacunación [K.S.A. 65-508(g)].

Las dos siguientes opciones son las **ÚNICAS** exoneraciones que permite la ley. **Por favor, marque (A) o (B) en la parte inferior y llene tal como se requiere:**

☐ **(A) Certificación de un médico licenciado declarando que la vacuna pondría en riesgo la vida del niño:**  
 Exonerado de las siguientes vacunas:

\_\_\_\_DTaP/DT \_\_\_\_Tdap/TD \_\_\_\_Sólo tos convulsiva \_\_\_\_Polio \_\_\_\_MMR \_\_\_\_HepA \_\_\_\_HepB \_\_\_\_Hib  
 \_\_\_\_PCV \_\_\_\_Varicela \_\_\_\_Otra

Firma del médico (obligatoria): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

☐ **(B) Mi niño está exonerado de la ley que requiere la vacunación. Como padre o tutor legal, declaro que soy miembro de una denominación religiosa cuyas enseñanzas están opuestas al uso de las vacunas.**

### Sección III.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas

Oficina de Salud Familiar  
1000 SW Jackson, Suite 200  
Topeka, KS 66612-1274  
Programa de Guarderías: 785-296-1270 Fax: 785-559-4244  
Página Web: [www.kdheks.gov/kidsnet](http://www.kdheks.gov/kidsnet)



### AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

Para tratamiento médico de emergencia se debe contar con un permiso por escrito archivado en la guardería. Consulte con el servicio médico de emergencia local para asegurarse de que este formulario sea aceptable. Referencia Reglamento de Guarderías K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A). Referencia Reglamento de Guarderías para Programas de Edad Escolar K.A.R. 28-4-582(e)(2).

|                                                                                                                       |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Nombre exacto de la guardería, tal como figura en la licencia.<br><b>Child Advocacy &amp; Parenting Services, Inc</b> | Licencia #<br><b>0077896-008</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|

Autorizo a Necol Agugba and/ CAPS employee(s) (proveedor de cuidados/miembro del personal),  
que es/son representante(s) de la guardería mencionada en la parte superior para dar consentimiento a todo y cualquier cuidado médico  
de emergencia que sea necesario para mi niño o joven \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del niño)  
mientras el niño o joven se encuentre en custodia de la guardería, entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
mes/día/año mes/día/año

¿Tiene el niño cobertura de seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

Si lo tiene, llene lo siguiente:

Nombre de la póliza de seguro de salud \_\_\_\_\_ Número de la póliza \_\_\_\_\_  
Programa de asistencia médica \_\_\_\_\_ Número de tarjeta \_\_\_\_\_  
Número de identificación de tarjeta médica militar \_\_\_\_\_

Si lo sabe, fecha de la última vacuna contra el Tétanos: \_\_\_\_\_  
mes/día/año

Enumere todas las alergias conocidas u otra información acerca de las condiciones médicas de este niño o joven, que sean  
pertinentes en caso de emergencia:

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

|                                                                                           |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Firma del padre o tutor                                                                   | Fecha de la firma |
|                                                                                           |                   |
| Testigo de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local. | Fecha de la firma |
|                                                                                           |                   |

Notarización de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local.

|                                                                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <u>Estado de Kansas</u>                                               |                                   |
| Condado de _____                                                      |                                   |
| Firmado en mi presencia en esta fecha _____<br>(Sello, si lo hubiera) | por _____<br>Nombre de la persona |
| mes/día/año                                                           |                                   |
| Firma del notario público _____                                       |                                   |
| Título (y rango) _____                                                |                                   |
| Mi designación termina en: _____                                      |                                   |

## Formulario de comunicado de prensa de CAPS

Se pueden tomar fotografías de su hijo mientras esté en CAPS. Estas fotos pueden publicarse en las aulas de cuidado infantil. Algunas fotos, sin embargo, pueden ser publicadas en publicaciones de CAPS o sitios web en línea.

\_\_\_\_\_ Le doy permiso al personal de cuidado infantil para tomar y usar la foto de mi hijo para las actividades del aula.

\_\_\_\_\_ La foto de mi hijo puede ser utilizada para publicidad de cuidado infantil y/o publicaciones en CAPS.

\_\_\_\_\_ NO quiero que le tomen una foto a mi hijo mientras esté en CAPS Respite Childcare.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

# POLÍTICA DE ENFERMEDADES EN EL CUIDADO INFANTIL



Una fiebre mayor a 100.1 excluye a tu hijo de la guardería por 24 horas y puede no regresar hasta que esté libre de fiebre sin medicamento\*



Si he vomitado en las últimas 24 horas\*



Diarrea en las últimas 24 horas\*



Cualquier erupción corporal inexplicable debe ser vista por un médico y un médico asignado para atender



Si tienes piojos o lendireras, los niños deben ser tratados y los polluelos. Se revisará el cabello al llegar y los niños vistos serán enviados a casa



Si son rojos, con comezón o costros, los ojos con drenaje. Debe ser visto por un médico y proporcionar una nota médica para asistir al cuidado infantil

Se llamará a los padres si el niño presenta alguno de estos síntomas y debe recogerlo en un plazo de 30 minutos.

\*El niño puede regresar una vez que la fiebre sea normal SIN usar medicamentos. El vómito y la diarrea pueden acudir al cuidado infantil después de 24 horas SIN el uso de medicamentos.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Horario de cuidado infantil de relevo

Lunes AM Relevo 9-12pm

Lunes PM Relevo 2-5pm

Martes AM Relevo 9-12pm

Martes PM Relevo 2-5pm

Miércoles AM Descanso 9-12pm

Miércoles PM Descanso 2-5pm

Jueves AM Relevo 9-12pm

Jueves PM Relevo 2-5pm

Viernes AM Relevo 9-12pm

Viernes PM Relevo 2-5pm

***¡Por favor, marque la primera y la segunda opción!***

Las puertas se abren @ 8:45 a.m., y los niños **deben ser** recogidos antes de las 12:15 p.m. para las sesiones de la mañana; y las puertas se abren @1:45 p.m. y los niños **deben ser** recogidos antes de las 5:15 p.m. en las sesiones de la tarde. Si va a llegar tarde, LLAME y háganoslo saber.

Guardería 785-633-6236

CAPS 785-825-4493

Personal de relevo