

Tabla de registro de cuidado infantil

Nombre del proveedor: _____

Fecha de la visita: _____

Fecha del seguimiento: _____

NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO DE LA CASA DEL NIÑO Y DE SUS PADRES	PRESENTE EN LA VISITA	FECHA DE ADMISIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	HORAS DE LLEG. Y PART. / DÍAS	TEL. DIURNO DE LOS PADRES	ACTUALIZACIÓN ANUAL	CONTACTO PARA EMERGENCIAS	PERSONA AUTORIZ. RECOG. NIÑO	PROGRAMA E INTERESES	AUTORIZACIÓN GENERAL	NOTIF. VISITAS DE PADRES	ATENCIÓN MÉDICA	EMERGENCIAS MÉDICAS	HOJA INFORMATIVA PARA PADRES	CERTIFICADO MÉDICO	VACUNACIÓN	PRUEBA DE PLOMO
8.13:(2)(a)(b)		2(j)	2(a)	2(g)	2(c)	4	2(d)	2(e)	2(h)	2(m)	8.14 7	2(f)	2(k)	8.14 5	3(a)(1)	3(a)(2)	3(a)(3)