

### Información para Casos de Emergencia

**I. Información sobre la familia**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**II. Nombre del las personas autorizadas para sacar al niño del establecimiento (No se permitirá que el niño salga del establecimiento con ninguna persona que no tenga una autorización escrita del padre o del guardián.)**

| Nombre | Teléfono | Relación |
|--------|----------|----------|
| _____  | _____    | _____    |
| _____  | _____    | _____    |

**III. Otras personas que se pueden llamar en caso de emergencia para que saquen al niño del establecimiento**

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

**IV. Médico que se debe llamar en caso de emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**V. Número de Medi-Cal \_\_\_\_\_ Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_**

Número del seguro médico \_\_\_\_\_

**VI. Alergias u otros problemas médicos \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**VII. Permiso para tratamiento médico** (Los procedimientos administrativos para proporcionar cuidados médicos en la ausencia de los padres varían entre el personal médico y entre los hospitales. Deberá verificarse con anticipación cuál es el procedimiento exacto que usa el doctor o el hospital que atenderá al niño en caso de emergencia.)

En caso de accidente o de alguna emergencia, autorizo a un empleado de la agencia que lleve a mi niño al médico que se indica más arriba o a la sala de emergencia del hospital más cercano para que se le proporcione el tratamiento necesario o se tomen las medidas necesarias para la seguridad y la protección del niño. Yo pagaré por los servicios.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre o guardián



**INFORMACIÓN DE FAMILIA**

Indique los nombres de todos los **adultos** que actualmente viven en su hogar:

| <i>Nombres:</i> | <i>Relación a usted:</i> | <i>Relación con sus hijos:</i> |
|-----------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1. _____        | _____                    | _____                          |
| 2. _____        | _____                    | _____                          |
| 3. _____        | _____                    | _____                          |

Indique los nombres de todos los **niños** que actualmente viven en su hogar:

|          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Declaro que soy (Marque uno):

- Un hogar de **padre/madre soltero/a**.
- Un hogar de **dos padres**. El nombre del otro padre/madre: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE DECLARACIÓN DE MANUTENCIÓN DEL CÓNYUGE Y INFANTIL**

**MANUTENCIÓN DEL CÓNYUGE:**

- Actualmente estoy recibiendo \$ \_\_\_\_\_ al mes por pensión alimenticia.
- No** recibo ninguna pensión alimenticia.

**MANUTENCIÓN INFANTIL:**

- Actualmente estoy recibiendo \$ \_\_\_\_\_ al mes para la manutención infantil
- No** recibo ningún apoyo de niño.

**Declaro bajo pena de perjurio y bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información en esta declaración es verdadera, correcta y completa.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA – Programas Subvenidos por CDE

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Abajo hay una lista de preocupaciones familiares. Marque [  ] **SI** si le gustaría recibir información de cualquiera de estos temas. Marque [  ] **NO** si no tiene necesidades o no esta interesado/a en este momento:

- |                          |                                 |                                 |                         |                                 |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Educación                | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No | Asistencia para jóvenes | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No |
| Servicios de salud       | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No | Servicios legales       | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No |
| Consejeros de familia    | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No | Asistencia financiera   | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No |
| Violencia domestica      | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No | Vivienda                | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No |
| Asistencia de emergencia | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No | Necesidades especiales  | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No |
| Servicios de prevención  | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No | Información general     | [ <input type="checkbox"/> ] Si | [ <input type="checkbox"/> ] No |

¿Cuales agencias de la comunidad están prestando sus servicios para ayudar a su familia? \_\_\_\_\_

¿Como se siente su familia hacia las agencias que le rindió servicios? \_\_\_\_\_

¿Come se ve usted participando y usando el programa de cuidado de niños subvenido? \_\_\_\_\_

¿Que cosas le gusta hacer a su familia en unidad? \_\_\_\_\_

¿Cual es la fuerza de su familia? \_\_\_\_\_

¿En que áreas puede ser fortalecida? \_\_\_\_\_

¿Cual es el idioma que se habla en su casa? \_\_\_\_\_

¿Comunicara su preferencia de idioma a su proveedor/a? [  ] Si [  ] No

Personalmente, ¿que meta le gustaría alcanzar este año? \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### STAFF USE ONLY:

Follow-up needed? [  ] Yes [  ] No Referrals given: Community Resources sheet

Observations: \_\_\_\_\_

Pathways Representative Initials: \_\_\_\_\_

