

**Community Action Partnership of Madera County**  
Child Care Alternative Payment Program  
1225 Gill Avenue Madera, CA 93637

**Información para identificación y emergencias**

**I. Información sobre la familia**

Nombre del menor (apellido y nombres): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

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

Domicilio del menor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio comercial de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio comercial del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**II. Nombre de las personas que están autorizadas para retirar al menor de edad del establecimiento (este niño o niña no podrá ser retirado por ninguna otra persona que no tenga una autorización escrita por el padre, la madre o el tutor).**

Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**III. Otras personas a quienes se puede llamar para retirar al niño o niña del establecimiento en caso de emergencia**

Nombre	Domicilio	Teléfono	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**IV. Médico a quien llamar en caso de emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**V. Número de Medi-Cal** \_\_\_\_\_ **Seguro médico** \_\_\_\_\_

**Número de seguro** \_\_\_\_\_

**VI. Alergias u otras limitaciones médicas** \_\_\_\_\_

**VII. Permiso para tratamiento médico. Los procedimientos administrativos con respecto a la prestación de atención médica al menor de edad en ausencia de los padres varían entre el personal médico y las instituciones médicas. El procedimiento exacto exigido por el médico u hospital que debe seguirse en casos de emergencias debe ser verificado con anterioridad.**

*En caso de accidente o emergencia, autorizo a un miembro de la agencia de desarrollo infantil a llevar a mi hijo o hija al médico anteriormente mencionado o al hospital de emergencias más cercano para recibir el tratamiento y las medidas necesarios que garanticen la seguridad y protección de mi hijo o hija. Dicha atención correrá por mi cuenta.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Padre, madre o tutor