

*Inter American University of Puerto Rico
San German Campus*



Formulario de Admisión

Servicio de Preescolar

Nombre del niño: _____
Apellidos Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Edad: _____

Dirección física: _____

Favor indicar si su niño(a) es alérgico a algún alimento, medicamento, picadas u otro: ____ Si ____ No

Indique: _____

Plan Médico del menor: _____

Nombre del padre, madre o encargado: _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico alternativo: _____

de Celular: _____ # de Celular alternativo: _____

Número de estudiante del padre/madre (participante) _____ concentración _____

Nivel académico del padre y/o encargado: _____

Padres o Encargados: Durante el semestre académico se podrán realizar actividades en los predios del Recinto, fuera del centro, solicitamos su autorización para que su hijo(a) pueda participar de las mismas. Las actividades serán notificadas con anticipación.

Autorizo a mi hijo(a) _____ a participar de:

- ☐ Las actividades en los predios del Recinto.
- ☐ Tomar fotografías para fines de estadísticas, promociones e informes administrativos.

Firma del padre y/o encargado _____

Inter American University of Puerto Rico
San German Campus



REGLAS A OBSERVAR:

1. El servicio del preescolar tiene el siguiente horario: 8:00 a.m. hasta las 4:00 pm. Es sumamente importante que usted pase a recoger a su hijo(a), no más tarde de las 4:00 pm.
 2. El costo para los hijos de estudiantes de la Universidad Interamericana Recinto de San Germán, se determinará de acuerdo a la tabla de determinación de elegibilidad para participantes. Para separar su espacio es necesario que complete el documento de inscripción y provea evidencia de matrícula y de ingreso.
 3. Si el niño se ausenta, el padre y/o encargado tiene la obligación de llamar al centro, 787-264-1912 exts 7591, 7375, 7225 en o antes de las 8:15 a.m. para notificarlo.
 4. La asistencia puntual y diaria es de suma importancia.
-
-

Certifico haber leído todas y cada una de las reglas a seguir durante el campamento y me comprometo a cumplir con las mismas en todas y cada una de sus partes. Estoy de acuerdo y me comprometo a participar del campamento.

Firma: _____

Fecha: _____

Inter American University of Puerto Rico
San German Campus



Contactos a llamar “Protocolo de Llamadas Preventivas”

Según la ley núm. 74 del año 2013 referente al “Protocolo de llamadas Preventivas” del Departamento de la Familia, cada padre debe brindar información de tres contactos a ser llamados y uno o dos correos electrónicos. Esta información será guardada en el expediente de su hijo(a) y serán esos mismos contactos los que llamaremos en caso de emergencia. Favor de llenar la información en orden de prioridad a ser llamado.

Nombre de su hijo: _____

Nombre del Contacto	Parentesco	Numero telefónico

E-mail de persona encargada:

Principal: _____

Alternativo: _____

Firma del padre o encargado

Fecha

Inter American University of Puerto Rico
San German Campus



Persona autorizada a recoger al niño

Yo, _____ padre, madre o encargado del niño(a) _____
_____ autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo(a) en las
instalaciones del Centro de Cuido.

Nombre y Apellidos	Parentesco

Firma del padre/madre o encargado

Fecha

Nota: Este documento debe estar acompañado de una identificación con foto de todas las personas autorizadas a recoger a los niños.

*Inter American University of Puerto Rico
San German Campus*



Autorización para participar y compartir fotos

Yo _____ padre, madre o encargado del niño(a) _____
autorizo a que se compartan las fotos que hayan sido tomadas durante las actividades del semestre, en la
página web de la Universidad Interamericana, Recinto de San Germán, con motivos promocionales del
Centro de Cuido, ¡Tiger's Cubs Here! Programa CCAMPIS. Adicional las fotos se comparten en el
grupo de *WhatsApp* que se creará para comunicación directa con los padres, una vez finalice el término
académico este grupo será eliminado.

Puedes acceder al enlace del Centro de Cuido aquí: <http://www.sg.inter.edu/ccampis/>

_____ Autorizo _____ No Autorizo

Firma del padre/madre o encargado

Fecha

*Inter American University of Puerto Rico
San German Campus*



Autorización para brindar primeros auxilios básicos

Yo, _____ autorizo al personal del centro de cuido Tiger's
Cubs Here, a brindar primeros auxilios básicos a mi hijo(a) _____ en
caso de ser necesario, debido a algún incidente que ocurra en el periodo del servicio que
comprende de 8:00am a 4:00pm, de lunes a viernes. Entiéndase colocar auto vendajes, tópicos
tales como: árnica, triple antibiótico, hidrocortisona y/o algún otro, según disponibilidad en el
centro.

Si su niño es alérgico a algún tópico mencionado o algún otro favor indicar su nombre:

_____.

Firma

Fecha



HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA Y ALERGIAS

Estimados padres, madres o encargados: En nuestro centro de cuido, la seguridad, salud y bienestar de sus hijos es nuestra máxima prioridad. Contar con información médica detallada y actualizada es vital para brindarles el cuidado necesario e individualizado que cada niño merece. Por favor, complete este formulario con sumo cuidado.

I. DATOS GENERALES DEL NIÑO(A)

- Nombre completo del niño(a): _____
- Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____
- Nombre del padre, madre o encargado: _____
- Teléfonos de contacto de emergencia:
 - 1. (_____) _____ (Parentesco: _____)
 - 2. (_____) _____ (Parentesco: _____)

II. INFORMACIÓN DE SALUD Y CONDICIONES MÉDICAS

¿El niño(a) tiene alguna condición médica o diagnóstico de salud? (Ejemplo: asma, diabetes, condiciones cardíacas, convulsiones, etc.)

☐ **No**

☐ **Sí** (Favor de especificar la condición y los cuidados o medicamentos necesarios en el centro):

III. ALERGIAS (ALIMENTOS, MEDICAMENTOS O AMBIENTALES)

¿El niño(a) presenta algún tipo de alergia?

- Alergias a Alimentos (Ej. leche, huevo, maní, mariscos, gluten, etc.):
 - Si es otro, especifique: _____
- Alergias a Medicamentos (Ej. penicilina, ibuprofeno, etc.):
 - Si es otro, especifique: _____

Inter American University of Puerto Rico
San German Campus



- Alergias Ambientales / Picaduras (Ej. polvo, polen, picaduras de abejas, etc.):
 - Si es otro, especifique: _____
 - Reacción y tratamiento en caso de exposición: (¿Qué síntomas presenta y qué se debe hacer?)
-

IV. PERCANCES DE SALUD O SITUACIONES RECIENTES

¿Hay algún percance de salud reciente, cirugía, hospitalización o situación particular de salud que desee notificarnos para el manejo diario del niño(a)?

V. CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Certifico que la información provista en este documento es correcta y completa según mi mejor conocimiento.

Autorizo al personal del Centro de Cuido Tiger's Cubs Here! a utilizar esta información para velar por el cuidado y la salud de mi hijo(a).

Firma del padre, madre o encargado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____