

**DOCUMENTO DE INFORMACION DEL NIÑO**  
**ESTADO DE MICHIGAN**  
 Department of Human Services  
 Bureau of Children and Adult Licensing

Fecha de Admisión		Alergias			
Fecha de Descarga					
Nombre del Niño (Apellido, Primero, Initial)			Dirección (Número y Calle, Número de Apartamento/Edificio)		
Fecha de Nacimiento del Niño		Teléfono del Hogar ( )	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Padre/Tutor Legal		Teléfono del Hogar	Nombre de la Madre/Tutor Legal		Teléfono del Hogar
Dirección del Hogar (si no es la dirección del niño)		Teléfono Celular	Dirección del Hogar (si no es la dirección del niño)		Teléfono Celular
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador/Nombre de la Escuela			Empleador/Nombre de la Escuela		
Dirección (Empleador/Escuela)			Dirección (Empleador/Escuela)		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono Empleador/Escuela	Horas de Trabajo Diario/Escuela		Número de Teléfono Empleador/Escuela ( )	Horas de Trabajo Diario/Escuela	
Nombre(s) de la Persona con excepción del Padre o el Tutor Legal a quienes el niño puede ser libertado					

BCAL-3731-SP (Rev. 9-09) Previous editions 3-08, 10-07, & 1-06 may be used.

Vea al reverso

Yo doy me permiso \_\_\_\_\_, autorizado por el Department of Human Services  
 (Nombre de Cuidador)  
 para asegurar la emergencia médica y/o el tratamiento quirúrgico de emergencia para el niño menor nombrado arriba mientras que se está cuidando.

Firma del Padre o Tutor		Fecha de Firma	
Nombre del Médico del Niño o Clínica de Salud		Número de Teléfono del Médico o Clínica de Salud ( )	
Dirección del Médico del Niño o de la Clínica de Salud		Nombre del Portador del Seguro Médico	
Hospital Preferido para el Tratamiento de Emergencia		Nombre del Política del Seguro Médico	
Necesidades Especiales:		Fecha del Último Tiro de DTaP (Difteria, tétanos, pertussis) vacuna	
Nombre de la Persona Local para Notificar en una Emergencia Cuando Padres no Están Disponibles		Dirección Local del Persona de Emergencia	
Número de Teléfono de Casa/Celular ( )	Número de Teléfono del Trabajo ( )	Ciudad, Estado	Código Postal
Instrucciones Especiales:			
Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.		AUTORIDAD: Acta 116 de P.A. 1973 TERMINACION: Requerido PENALIDAD: Citación de Violación de Regla.	

BCAL-3731-SP (Rev. 9-09) Previous editions 3-08, 10-07, & 1-06 may be used.