

# IDENTIFICATION AND EMERGENCY INFORMATION CHILD CARE CENTERS/FAMILY CHILD CARE HOMES

To Be Completed by Parent or Authorized Representative

CHILD'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	SEX	TELEPHONE ( )
ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
BIRTHDATE					
FATHER'S/GUARDIAN'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	BUSINESS TELEPHONE ( )	
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
HOME TELEPHONE ( )					
MOTHER'S/GUARDIAN'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	BUSINESS TELEPHONE ( )	
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
HOME TELEPHONE ( )					
PERSON RESPONSIBLE FOR CHILD	LAST NAME	MIDDLE	FIRST	HOME TELEPHONE ( )	BUSINESS TELEPHONE ( )

### ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY

NAME	ADDRESS	TELEPHONE	RELATIONSHIP

### PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY

PHYSICIAN	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ( )
DENTIST	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ( )

IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN?

- CALL EMERGENCY HOSPITAL       OTHER      EXPLAIN: \_\_\_\_\_

### NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

(CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

NAME	RELATIONSHIP

TIME CHILD WILL BE CALLED FOR

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE	DATE
---	------

### TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR/FAMILY CHILD CARE HOMES LICENSEE

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

# INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA

## GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

### A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ( )
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ( )
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ( )
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ( )	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )

### PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

### MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

- LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA     OTRA    EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

### NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

### A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

**CHILD'S PREADMISSION HEALTH HISTORY—PARENT'S REPORT**

CHILD'S NAME	SEX	BIRTH DATE
FATHER'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	DOES FATHER/FATHER'S DOMESTIC PARTNER LIVE IN HOME WITH CHILD?	
MOTHER'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	DOES MOTHER/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER LIVE IN HOME WITH CHILD?	
IS /HAS CHILD BEEN UNDER REGULAR SUPERVISION OF PHYSICIAN?	DATE OF LAST PHYSICAL/MEDICAL EXAMINATION	

**DEVELOPMENTAL HISTORY** (\*For infants and preschool-age children only)

WALKED AT*	BEGAN TALKING AT*	TOILET TRAINING STARTED AT*
MONTHS	MONTHS	MONTHS

**PAST ILLNESSES — Check illnesses that child has had and specify approximate dates of illnesses:**

	DATES		DATES		DATES
<input type="checkbox"/> Chicken Pox		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomyelitis	
<input type="checkbox"/> Asthma		<input type="checkbox"/> Epilepsy		<input type="checkbox"/> Ten-Day Measles (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever		<input type="checkbox"/> Whooping cough		<input type="checkbox"/> Three-Day Measles (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Hay Fever		<input type="checkbox"/> Mumps			

SPECIFY ANY OTHER SERIOUS OR SEVERE ILLNESSES OR ACCIDENTS

DOES CHILD HAVE FREQUENT COLDS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HOW MANY IN LAST YEAR?	LIST ANY ALLERGIES STAFF SHOULD BE AWARE OF
--	------------------------	---

**DAILY ROUTINES** (\*For infants and preschool-age children only)

WHAT TIME DOES CHILD GET UP?*	WHAT TIME DOES CHILD GO TO BED?*	DOES CHILD SLEEP WELL?*
DOES CHILD SLEEP DURING THE DAY?*	WHEN?*	HOW LONG?*
DIET PATTERN: (What does child usually eat for these meals?)	BREAKFAST LUNCH DINNER	WHAT ARE USUAL EATING HOURS? BREAKFAST _____ LUNCH _____ DINNER _____

ANY FOOD DISLIKES?	ANY EATING PROBLEMS?
--------------------	----------------------

IS CHILD TOILET TRAINED?*	IF YES, AT WHAT STAGE:*	ARE BOWEL MOVEMENTS REGULAR?*	WHAT IS USUAL TIME?*
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

WORD USED FOR "BOWEL MOVEMENT"*	WORD USED FOR URINATION*
---------------------------------	--------------------------

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S HEALTH

IS CHILD PRESENTLY UNDER A DOCTOR'S CARE?	IF YES, NAME OF DOCTOR:	DOES CHILD TAKE PRESCRIBED MEDICATION(S)?	IF YES, WHAT KIND AND ANY SIDE EFFECTS:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S):	IF YES, WHAT KIND:	DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S) AT HOME?	IF YES, WHAT KIND:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S PERSONALITY

HOW DOES CHILD GET ALONG WITH PARENTS, BROTHERS, SISTERS AND OTHER CHILDREN?

HAS THE CHILD HAD GROUP PLAY EXPERIENCES?

DOES THE CHILD HAVE ANY SPECIAL PROBLEMS/FEARS/NEEDS? (EXPLAIN.)

WHAT IS THE PLAN FOR CARE WHEN THE CHILD IS ILL?

REASON FOR REQUESTING DAY CARE PLACEMENT

PARENT'S SIGNATURE

DATE

**HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISION—REPORTE DEL PADRE/MADRE**

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
NOMBRE DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
¿ESTA/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISION REGULAR DE UN MEDICO?	FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO/MEDICO	

**HISTORIAL DEL DESARROLLO** (\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

EMPEZO A CAMINAR A LOS*	EMPEZO A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZO A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS*
MESES	MESES	MESES

**ENFERMEDADES EN EL PASADO** — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUANTOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-------------------------------------	--

**RUTINA DIARIA** (\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUE HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUE HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DIA?*	CUANDO?*	POR CUANTO TIEMPO?*
PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO ALMUERZO CENA	¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION?		
¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SI", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUAL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*	¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*		

EVALUACION DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SI", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTA TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

EVALUACION DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿COMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACION A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGUN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUAL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTE ENFERMO?

RAZON PARA SOLICITAR LA COLOCACION EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA
-----------------------	-------

# PERSONAL RIGHTS

## Child Care Centers

Personal Rights, See Section 101223 for waiver conditions applicable to Child Care Centers.

- (a) Child Care Centers. Each child receiving services from a Child Care Center shall have rights which include, but are not limited to, the following:
- (1) To be accorded dignity in his/her personal relationships with staff and other persons.
  - (2) To be accorded safe, healthful and comfortable accommodations, furnishings and equipment to meet his/her needs.
  - (3) To be free from corporal or unusual punishment, infliction of pain, humiliation, intimidation, ridicule, coercion, threat, mental abuse, or other actions of a punitive nature, including but not limited to: interference with daily living functions, including eating, sleeping, or toileting; or withholding of shelter, clothing, medication or aids to physical functioning.
  - (4) To be informed, and to have his/her authorized representative, if any, informed by the licensee of the provisions of law regarding complaints including, but not limited to, the address and telephone number of the complaint receiving unit of the licensing agency and of information regarding confidentiality.
  - (5) To be free to attend religious services or activities of his/her choice and to have visits from the spiritual advisor of his/her choice. Attendance at religious services, either in or outside the facility, shall be on a completely voluntary basis. In Child Care Centers, decisions concerning attendance at religious services or visits from spiritual advisors shall be made by the parent(s), or guardian(s) of the child.
  - (6) Not to be locked in any room, building, or facility premises by day or night.
  - (7) Not to be placed in any restraining device, except a supportive restraint approved in advance by the licensing agency.

THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN HAS THE RIGHT TO BE INFORMED OF THE APPROPRIATE LICENSING AGENCY TO CONTACT REGARDING COMPLAINTS, WHICH IS:

NAME Community Care Licensing		
ADDRESS 7575 Metropolitan Dr., Suite 110		
CITY San Diego, CA	ZIP CODE 92108	AREA CODE/TELEPHONE NUMBER (619) 767-2300

DETACH HERE

**TO: PARENT/GUARDIAN/CHILD OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:**

**PLACE IN CHILD'S FILE**

Upon satisfactory and full disclosure of the personal rights as explained, complete the following acknowledgment:

**ACKNOWLEDGMENT:** I/We have been personally advised of, and have received a copy of the personal rights contained in the California Code of Regulations, Title 22, at the time of admission to:

(PRINT THE NAME OF THE FACILITY)	(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY)
(PRINT THE NAME OF THE CHILD)	
(SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)	
(TITLE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)	(DATE)

# DERECHOS PERSONALES

## Guarderías infantiles

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
  - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
  - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
  - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
  - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
  - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
  - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

7575 Metropolitan Dr. Suite 110

CIUDAD

San Diego

CÓDIGO POSTAL

92108

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(619) 767-2300

SEPARE AQUÍ

**AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:**

**PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO**

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

**CONFIRMACIÓN:** Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

# CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT- Child Care Centers Or Family Child Care Homes

AS THE PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE, I HEREBY GIVE CONSENT TO

\_\_\_\_\_ TO OBTAIN ALL EMERGENCY MEDICAL OR DENTAL CARE  
FACILITY NAME

PRESCRIBED BY A DULY LICENSED PHYSICIAN (M.D.) OSTEOPATH (D.O.) OR DENTIST (D.D.S.) FOR

\_\_\_\_\_. THIS CARE MAY BE GIVEN UNDER  
NAME

WHATEVER CONDITIONS ARE NECESSARY TO PRESERVE THE LIFE, LIMB OR WELL BEING OF THE CHILD

NAMED ABOVE.

CHILD HAS THE FOLLOWING MEDICATION ALLERGIES:

\_\_\_\_\_ DATE

\_\_\_\_\_ PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE

\_\_\_\_\_ HOME ADDRESS

HOME PHONE  
( )

WORK PHONE  
( )

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

\_\_\_\_\_ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

\_\_\_\_\_. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA  
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

\_\_\_\_\_ FECHA

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

\_\_\_\_\_ DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA  
( )

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO  
( )



## CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS

---

### PARENTS' RIGHTS

As a Parent/Authorized Representative, you have the right to:

1. Enter and inspect the child care center without advance notice whenever children are in care.
2. File a complaint against the licensee with the licensing office and review the licensee's public file kept by the licensing office.
3. Review, at the child care center, reports of licensing visits and substantiated complaints against the licensee made during the last three years.
4. Complain to the licensing office and inspect the child care center without discrimination or retaliation against you or your child.
5. Request in writing that a parent not be allowed to visit your child or take your child from the child care center, provided you have shown a certified copy of a court order.
6. Receive from the licensee the name, address and telephone number of the local licensing office.

Licensing Office Name: Community Care Licensing

Licensing Office Address: 7575 Metropolitan Dr., Suite 110, San Diego, CA 92108

Licensing Office Telephone #: (619) 767-2300

7. Be informed by the licensee, upon request, of the name and type of association to the child care center for any adult who has been granted a criminal record exemption, and that the name of the person may also be obtained by contacting the local licensing office.
8. Receive, from the licensee, the Caregiver Background Check Process form.

**NOTE: CALIFORNIA STATE LAW PROVIDES THAT THE LICENSEE MAY DENY ACCESS TO THE CHILD CARE CENTER TO A PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE IF THE BEHAVIOR OF THE PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE POSES A RISK TO CHILDREN IN CARE.**

*For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database, go to [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)*

LIC 995 (9/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

---

### ACKNOWLEDGEMENT OF NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS (Parent/Authorized Representative Signature Required)

I, the parent/authorized representative of \_\_\_\_\_, have received a copy of the "CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS" and the CAREGIVER BACKGROUND CHECK PROCESS form from the licensee.

\_\_\_\_\_  
Name of Child Care Center

\_\_\_\_\_  
Signature (Parent/Authorized Representative)

\_\_\_\_\_  
Date

**NOTE: This Acknowledgement must be kept in child's file and a copy of the Notification given to parent/authorized representative.**

*For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database go to [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)*

## NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

### DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada “guardería” de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina de licenciamiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: \_\_\_\_\_

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

**NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.**

***Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)***

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

### CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de \_\_\_\_\_, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la “NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES” y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la guardería

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/madre/representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.**

***Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)***

# IMPORTANT INFORMATION FOR PARENTS

## CAREGIVER BACKGROUND CHECK PROCESS CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

The California Department of Social Services works to protect the safety of children in child care by licensing child care centers and family child care homes. Our highest priority is to be sure that children are in safe and healthy child care settings. California law requires a background check for any adult who owns, lives in, or works in a licensed child care home or center. Each of these adults must submit fingerprints so that a background check can be done to see if they have any history of crime. If we find that a person has been convicted of a crime other than a minor traffic violation, he/she cannot work or live in the licensed child care home or center unless approved by the Department. This approval is called an exemption.

A person convicted of a crime such as murder, rape, torture, kidnapping, crimes of sexual violence or molestation against children **cannot by law be given an exemption that would allow them to own, live in or work in** a licensed child care home or center. If the crime was a felony or a serious misdemeanor, the person must leave the facility while the request is being reviewed. If the crime is less serious, he/she may be allowed to remain in the licensed child care home or center while the exemption request is being reviewed.

### How the Exemption Request is Reviewed

We request information from police departments, the FBI and the courts about the person's record. We consider the type of crime, how many crimes there were, how long ago the crime happened and whether the person has been honest in what they told us.

The person who needs the exemption must provide information about:

- The crime
- What they have done to change their life and obey the law
- Whether they are working, going to school, or receiving training
- Whether they have successfully completed a counseling or rehabilitation program

The person also gives us reference letters from people who aren't related to them who know about their history and their life now.

We look at all these things very carefully in making our decision on exemptions. By law this information cannot be shared with the public.

### How to Obtain More Information

As a parent or authorized representative of a child in licensed child care, you have the right to ask the licensed child care home or center whether anyone working or living there has an exemption. If you request this information, and there is a person with an exemption, the child care home or center must tell you the person's name and how he or she is involved with the home or center and give you the name, address, and telephone number of the local licensing office. You may also get the person's name by contacting the local licensing office. You may find the address and phone number on our website. The website address is [http://ccl.dss.cahwnet.gov/RegionalOf\\_1829.htm](http://ccl.dss.cahwnet.gov/RegionalOf_1829.htm)

# INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PADRES

## PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA

El Departamento de Servicios Sociales de California trabaja para proteger la seguridad de los niños bajo cuidado, proporcionando licencias a guarderías infantiles y hogares que proporcionan cuidado de niños. Nuestra mayor prioridad es asegurar que los niños estén en un ambiente de cuidado de niños que sea seguro y saludable. Las leyes de California requieren que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para cualquier adulto que sea dueño de o que viva o trabaje en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Cada uno de estos adultos tiene que presentar sus huellas dactilares para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para ver si tiene algún historial penal. Si determinamos que una persona ha sido condenada por un delito, que no sea una infracción menor de las reglas de tráfico o una ofensa relacionada con la marihuana la cual se trata bajo las nuevas leyes de reforma sobre marihuana de acuerdo a las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad, esa persona no podrá trabajar ni vivir en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños ni en una guardería infantil con licencia, a menos que lo apruebe el Departamento. A esta aprobación se le llama una exención.

Una persona que ha sido condenada por un delito como asesinato, violación, tortura, secuestro, delitos de violencia sexual o abuso sexual en contra de un niño, **por ley, no podrá recibir una exención que le permita ser dueño de o vivir o trabajar en** un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Si el delito fue un delito mayor (*felony*) o un delito menor grave, la persona tendrá que salir del establecimiento mientras que se revise la petición para una exención. Si el delito es menos grave, es posible que se le permita quedarse en el hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o la guardería infantil con licencia mientras que se revise la petición.

### Cómo se revisa la petición para una exención

Nosotros solicitamos información sobre los antecedentes de la persona a los departamentos de policía, la Oficina Federal de Investigaciones (FBI), y las cortes. Tomamos en consideración la clase de delito, cuántos delitos se han cometido, cuánto tiempo ha pasado desde que sucedió el delito, y si la persona ha sido honesta en lo que nos ha dicho.

La persona que necesita la exención tiene que proporcionar información sobre lo siguiente:

- el delito;
- lo que ha hecho para cambiar su vida y obedecer la ley;
- si está trabajando, asistiendo a la escuela, o recibiendo entrenamiento; y
- si ha completado de una manera satisfactoria algún programa de orientación o rehabilitación.

La persona también nos da cartas de referencia de otras personas que no tienen parentesco con él/ella y que tienen conocimiento del historial de él/ella y cómo es su vida ahora.

Nosotros revisamos todas estas cosas muy cuidadosamente al tomar una decisión sobre las exenciones. Por ley, no se puede compartir esta información con el público.

### Cómo obtener más información

Como padre o representante autorizado de un niño bajo cuidado con licencia, usted tiene el derecho de preguntarle al hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o a la guardería infantil con licencia si alguien que esté trabajando o viviendo allí tiene una exención. Si usted pide esta información y hay una persona con una exención, dicho hogar o guardería infantil tiene que decirle el nombre de la persona y la manera en que tal persona está involucrada en el hogar o guardería infantil. Además, tiene que darle el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento. Usted también puede obtener el nombre de la persona comunicándose con la oficina local de licenciamiento. Puede encontrar la dirección y el número de teléfono en nuestro sitio web. La dirección del sitio web es <http://cclid.ca.gov/contact.htm>

**PARENT CONSENT FOR ADMINISTRATION OF MEDICATIONS AND MEDICATION CHART****NOTE:** Regulation Section 101221 requires the following information be on file.

CHILD CARE CENTER NAME:	LICENSE NUMBER:	DATE:
-------------------------	-----------------	-------

**PARENT'S INSTRUCTIONS:**

1. All prescription and nonprescription medications shall be maintained with the child's name and shall be dated.
2. Prescription and nonprescription medications must be stored in the original bottle with unaltered label. Medications requiring refrigeration must be properly stored.
3. Prescription and nonprescription medication shall be administered in accordance with the label directions.
4. Written consent must be provided from the parent, permitting child care facility personnel to administer medications to the child. Instructions shall not conflict with the prescription label or product label directions.

CHILD'S NAME	DATE OF BIRTH
MEDICATION NAME	DOSAGE

**I authorize child care personnel to assist in the administration of medications described above to the child named above for the following medical condition/s:**

---

From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ daily while in attendance.

BEGINNING DATE

ENDING DATE

TIME OF DAY

PARENT'S SIGNATURE:	DATE:
---------------------	-------

**MEDICATION CHART**  
**Staff Documentation of Medicine Administration**

DATE	TIME GIVEN	STAFF SIGNATURE
DATE	TIME GIVEN	STAFF SIGNATURE
DATE	TIME GIVEN	STAFF SIGNATURE
DATE	TIME GIVEN	STAFF SIGNATURE
DATE	TIME GIVEN	STAFF SIGNATURE
DATE	TIME GIVEN	STAFF SIGNATURE

**Upon completion, return medicine to parent or destroy, and place form in child's record.**

STAFF	DATE
-------	------

## CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE PARA QUE SE ADMINISTREN MEDICINAS Y LISTA DE MEDICINAS

**NOTA:** La Sección 101221 de Ordenamientos requiere que la siguiente información esté en el expediente.

NOMBRE DE LA GUARDERÍA:	NÚMERO DE LICENCIA:	FECHA:
-------------------------	---------------------	--------

### INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/MADRE:

1. Todas las medicinas recetadas o sin receta se deben mantener con el nombre del niño y deben tener fecha.
2. Las medicinas recetadas y sin receta tienen que estar en la botella original sin alterar la etiqueta. Las medicinas que requieran estar refrigeradas deben mantenerse apropiadamente.
3. Las medicinas recetadas y sin receta se deben administrar de acuerdo a las instrucciones en la etiqueta.
4. El padre/madre tiene que proporcionar el consentimiento para que el personal del establecimiento de cuidado de niños administre las medicinas al niño. Las instrucciones no podrán estar en conflicto con las instrucciones de la receta o las instrucciones en la etiqueta del producto.

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIS

**Yo autorizo al personal del establecimiento de cuidado de niños para que ayude en la administración de medicinas al niño mencionado como se describe anteriormente para la siguiente condición/condiciones médica:**

De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ todos los días que esté presente.  
FECHA QUE EMPIEZA                      FECHA QUE TERMINA                      HORA DEL DÍA

FIRMA DEL PADRE/MADRE:	FECHA:
------------------------	--------

### LISTA DE MEDICINAS Documentación del personal cuando administre las medicinas

FECHA	HORA EN QUE SE ADMINISTRÓ	FIRMA DEL MIEMBRO DEL PERSONAL

**Una vez que termine, devuélvale la medicina al padre/madre o destrúyala y coloque este formulario en el expediente del niño.**

MIEMBRO DEL PERSONAL	FECHA
----------------------	-------