

Formulario de admisión de niños **CONFIDENCIAL**

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Genero: M F
Con quien vive el niño/a:	Escuela:	Grado:
Telefono:	Celular:	
Email:	Seguro Social:	
Afiliacion Religiosa:		

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Direccion:	Ciudad:	CP:
Telefono:	Celular:	
Email:	Seguro Social:	
Empleado Por:	Telefono de Trabajo:	
Afiliacion Religiosa:	Estado Civil:	Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Viven Juntos

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Direccion:	Ciudad:	CP:
Telefono:	Celular:	
Email:	Seguro Social:	
Empleado Por:	Telefono de Trabajo:	
Afiliacion Religiosa:	Estado Civil:	Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Viven Juntos

NOMBRES DE HIJOS:

Nombre	Edad	Escuela/Grado	Biologico/Adoptado
1.			
2.			
3.			
Nombre de cualquier otra persona que vive en la misma casa:			

HISTORIAL MÉDICO

Nombre de Pediatra:	Fecha de la última cita:	
Su hijo/a esta recibiendo atención médica actualmente?	SI	NO
Por favor explique:		
<hr/> <hr/>		
Su hijo/a esta recibiendo algún medicamento actualmente?	SI	NO
Por favor explique:		
<hr/> <hr/>		
Por favor indique si tiene alergias:		
Su hijo/a a recibido asesoramiento antes?	SI	NO
Por medio de quien?	Fecha/Año:	
Explique brevemente porque necesita asesoramiento:		
<hr/> <hr/>		

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Referido por:	Dirección:
Me gustaría enviar una nota de agradecimiento a la persona que lo refirió por apoyar nuestro ministerio. Por favor firme aquí para obtener su permiso.	
Firma:	Fecha:

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Yo autorizo al centro de Winning At Home para que use mi correo electrónico y teléfono para que mande cambios o confirmaciones de mi horario de citas o las de mi hijo/a.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Número de teléfono:
Relación con el cliente:	