

INSTRUCCIONES PARA LLENADO DE FORMULARIO

FORMULARIO: “Solicitud de Inscripción, Sala Maternal y Guardería Infantil”.

OBJETIVO: Solicitar la inscripción para la Sala Maternal y Guardería Infantil de los hijos menores de 6 (seis) años de los funcionarios de la Institución.

UNIDAD EMITENTE: Unidades Administrativas de la Institución.

EJEMPLAR: **Original:** Departamento de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP), Color Blanco, Obra 1ª, 75 g.

FORMATO: 216 x 279 mm

Defecar

REFERENCIAS

<u>N° DE CASILLA</u>	<u>CONTENIDO</u>
-----------------------------	-------------------------

A. Para que llene el/la funcionario/a solicitante:

- 01 Indicar la fecha de emisión del documento.
- 02 Indicar el Nombre(s) y Apellido(s) del/la niño/a.
- 03 Indicar el Sobrenombre o apodo del/la niño/a.
- 04 Indicar el Número de Cédula de Identidad del/la niño/a.
- 05 Indicar el Lugar y la Fecha de Nacimiento del/la niño/a.
- 06 Indicar la Edad del/la niño/a.
- 07 Indicar la Dirección Particular del/la niño/a.
- 08 Indicar el Número Telefónico del domicilio del/la niño/a.
- 09 Indicar el Barrio del domicilio del/la niño/a.
- 10 Indicar el Nombre(s) y Apellido(s) del/la funcionario/a solicitante.
- 11 Indicar el Número de Cédula de Identidad del/la funcionario/a solicitante.
- 12 Indicar la Unidad Administrativa donde presta servicios el/la funcionario/a solicitante
- 13 Indicar el Número de Personal del/la funcionario/a solicitante.
- 14 Indicar el Número Telefónico Interno del/la funcionario/a solicitante.
- 15 Indicar el horario normal de trabajo del/la funcionario/a solicitante.
- 16 Indicar la dirección domiciliaria del/la funcionario/a solicitante.
- 17 Indicar el Número Telefónico del domicilio del/la funcionario/a solicitante.
- 18 Indicar el Estado Civil del/la funcionario/a solicitante.
- 19 Indicar el Número Telefónico Celular del/la funcionario/a solicitante.
- 20 Indicar el Nombre(s) y Apellido(s) del/la padre/madre solicitante.
- 21 Indicar el Número de Cédula de Identidad del/la padre/madre solicitante.
- 22 Indicar la dirección domiciliaria del/la padre/madre solicitante.
- 23 Indicar el Número Telefónico del domicilio del/la padre/madre solicitante.

Departamento de Organización y Métodos (GP/OYM) – Sección Análisis de Procesos (GP/OYM2)

Elaborado por: Lic. Gladys R. Samaniego S. **N° de Personal:** 12069 **Firma:** **Página 1 de 3**

- 24 Indicar el Número Telefónico Celular del/la padre/madre solicitante.
- 25 Indicar la Ocupación del/la padre/madre solicitante.
- 26 Indicar el Lugar de Trabajo del/la padre/madre solicitante.
- 27 Indicar la Dirección Laboral del/la padre/madre solicitante.
- 28 Indicar el Número Telefónico del Lugar de Trabajo del/la padre/madre solicitante.
- 29 Indicar con quien(es) vive el/la niño/a.
- 30 Indicar el número de hermanos del/la niño/a.
- 31 Indicar el lugar que ocupa el/la niño/a en la familia (por ej. Hijo único, hijo mayor, hermano del medio, hijo menor, otros).
- 32 Indicar el Nombre y Apellido del Médico Pediatra que atiendo regularmente al/la niño/a.
- 33 Indicar el Número Telefónico del Médico Pediatra que atiendo regularmente al/la niño/a.
- 34 Indicar el Seguro Médico del/la niño/a.
- 35 Indicar el N° de Carnet del Seguro de Salud, en caso de poseerlo.
- 36 Indicar la estatura del/la niño/a.
- 37 Indicar el peso del/la niño/a.
- 38 Indicar el Grupo Sanguíneo y el Factor RH del/la niño/a.
- 39 Indicar si el/la niño/a padece alergias. Si la respuesta es afirmativa, especificar cuáles.
- 40 Indicar las enfermedades padecidas por el/la niño/a.
- 41 Indicar problemas de salud familiar.
- 42 Indicar si el/la niño/a padece problemas cardiovasculares. Si la respuesta es afirmativa, especificar cuáles.
- 43 Indicar si el/la niño/a padece problemas respiratorios. Si la respuesta es afirmativa, especificar cuáles.
- 44 Indicar si el/la niño/a consume medicamentos. Si la respuesta es afirmativa, especificar cuáles.
- 45 Indicar si el/la niño/a tiene vacunas. Si la respuesta es afirmativa, especificar cuáles.
- 46 Indicar si el/la niño/a tiene parasitosis. Si la respuesta es afirmativa, indicar la duración.
- 47 Indicar si el/la niño/a tiene caries. Si la respuesta es afirmativa, indicar si está siendo tratada.
- 48 Indicar si el/la niño/a duerme la siesta.
- 49 Indicar si el/la niño/a utiliza la mamadera.
- 50 Indicar si el/la niño/a come solo.
- 51 Indicar si el/la niño/a duerme solo o en compañía de alguien. En caso que el niño duerma en compañía de alguien, indicar con quien duerme.
- 52 Indicar si el/la niño/a come indiscriminadamente.

- 53 Indicar las preferencias de alimentación del/la niño/a.
- 54 Indicar la frecuencia de defecación del/la niño/a.
- 55 Indicar la actitud relacional del/la niño/a.
- 56 Indicar si el/la niño/a juega solo o en compañía de otros.
- 57 Indicar las preferencias de juego del/la niño/a.
- 58 Indicar si el/la niño/a presenta problemas conductuales. Si la respuesta es afirmativa, especificar cuáles.
- 59 Indicar si el/la niño/a recibe castigo físicos. Si la respuesta es afirmativa, en qué situaciones específicas.
- 60 Indicar las observaciones, si las hubiere.
- 61 Indicar Nombre y Apellido de la(s) persona(s) autorizada(s) por el padre/madre para retirar al/la niño/a. Indicar además cual es la relación con el/la niño/a, un número de teléfono de contacto y el Número de Cédula de Identidad correspondiente.
- 62 Indicar el croquis de ubicación del domicilio del padre/madre.
- 63 Firma del padre o de la madre funcionario/a de la Institución.
- 64 Firma del padre o de la madre.
- 65 Firma del padre y/o de la madre. Indicar la fecha de suscripción correspondiente.

B. Para que llene el responsable del Servicio de la Sala Maternal y Guardería Infantil:

- 66 Consignar el Informe del Servicio de la Sala Maternal y Guardería Infantil.
- 67 Firma del responsable del Servicio de la Sala Maternal y Guardería Infantil. Indicar la aclaración de firma y la fecha de suscripción correspondiente.

C. Para que llene el Dpto. de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP):

- 68 Indicar si corresponde o no la admisión definitiva del/la niño/a.
- 69 Indicar las observaciones, si las hubiere.
- 70 Firma y sello del Jefe de Departamento. Indicar la fecha de suscripción correspondiente.