

Autorización ITS-SIDS de profesionales médicos

Posturas alternativas para dormir/uso de cuñas

Esta autorización debe completarla un médico, enfermero especializado o asistente médico – 10A NCAC 09 .0606(e) and 10A NCAC 09 .1724(e)

Este formulario es para bebés de 6 meses o menos. Puede usarse para bebés mayores de 6 meses.

Los padres/tutores completan esta sección.

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____ Edad en meses _____

Nombre del padre/madre/tutor _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

El profesional médico de cabecera del niño completa esta sección.

Nombre del profesional médico _____

Nombre del consultorio _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Celular o buscapersonas _____ Número de fax _____

Correo electrónico _____

La Ley del cuidado infantil de Carolina del Norte requiere que las guarderías acuesten a todos los bebés boca arriba para dormir. Por recomendación del profesional médico de cabecera del niño, los padres o tutores pueden autorizar a la guardería a que acueste a su bebé en una postura de dormir alternativa o que use una cuña por motivos médicos. La guardería conservará el formulario en el expediente del niño mientras que esté matriculado en la guardería.

Motivo médico para la postura de dormir alternativa o uso de cuña para el bebé nombrado anteriormente _____

La postura de dormir recomendada para este bebé es _____

Posición específica e instrucciones para el uso de la cuña: _____

Fechas de vigencia del formulario: desde ____/____/____ hasta ____/____/____

Firma del médico _____ Fecha _____

El padre/madre/tutor firma esta declaración.

Yo, como padre, madre o tutor del niño(a) que se menciona anteriormente, descargo y eximo a la guardería nombrada a continuación, a sus directivos, directores y empleados de toda responsabilidad asociada con lesiones que mi hijo(a) pueda sufrir debido al síndrome de muerte súbita (muerte de cuna). Confirmando que la guardería nombrada anteriormente me informó sobre la muerte de cuna. Autorizo a esta guardería y a sus empleados a que acuesten a mi hijo(a) en la postura de dormir alternativa/usen una cuña como se describe anteriormente según la recomendación del profesional médico de cabecera de mi hijo(a).

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Un representante autorizado de la guardería completa esta sección.

Nombre de la guardería _____ # de ID _____

Firma del representante de la guardería _____ Fecha _____

