

## Autorización ITS-SIDS de los padres Posturas alternativas para dormir

*Los padres solo deben usar este formulario para los bebés mayores de 6 meses de edad.*

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 \_\_\_\_\_

La guardería nombrada a continuación acuesta a todos los bebés boca arriba para dormir con el fin de reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita (muerte de cuna). Como padre, madre o tutor del niño(a) que se menciona anteriormente pido que se le acueste a dormir en una postura alternativa ahora que mi hijo(a) tiene 6 meses o más de edad. **La guardería conservará el formulario en el expediente del niño mientras que esté matriculado en la guardería.**

**Este formulario es válido si he marcado la casilla siguiente.**

Pido que no se acueste a mi hijo(a) boca arriba para dormir y que por el contrario se le acueste en la postura alternativa descrita a continuación.

Pido que la guardería ponga a mi hijo(a) en la postura alternativa de dormir descrita a continuación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fechas de vigencia del formulario: **desde** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 acerca de 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 descrita anteriormente a solicitud mía.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Un representante autorizado de la guardería completa esta sección.

Nombre de la guardería \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Firma del representante de la guardería \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

