

**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 \_\_\_\_\_

