

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD POSICIÓN PARA DORMIR ALTERNATIVA

Petición de los Padres

Esta renuncia solamente puede ser utilizada para bebés mayores de 6 meses de edad.

Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre del Padre, Madre o Tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

No. de fax: _____ E-mail: _____

Este centro de cuidado infantil sigue la práctica de posicionar de manera segura a todos los bebés a la hora de dormir, colocándolos sobre sus espaldas. Como padre, madre o tutor del menor mencionado arriba, usted puede solicitar que el niño o niña sea colocado en una posición alternativa para dormir.

Me gustaría que mi niño(a) sea colocado en una posición alternativa para dormir.
(usted debe marcar esta opción para que esta petición tenga validez)

Por favor describa la posición para dormir que usted desea para el menor mencionado arriba:

Fecha de vigencia de la petición: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____.

“Yo, siendo el padre, la madre o tutor del menor mencionado arriba, por medio de la presente, libero y dejo a salvo de toda responsabilidad asociada con el daño a mi niño(a) debido al Síndrome de Muerte Infantil Repentina (*SIDS por sus siglas en inglés*) al centro de cuidado infantil mencionado a continuación, a sus dirigentes, directores y empleados. Afirmo y reconozco que se me ha proporcionado información con respecto al Síndrome de Muerte Infantil Repentina.

Asimismo, autorizo al centro de cuidado infantil y a sus empleados a que coloquen a mi niño(a) en la posición alternativa para dormir, como se describe arriba.”

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Un directivo autorizado del centro de cuidado infantil debe llenar la siguiente sección.

Nombre del centro de cuidado infantil: _____ No. Identificación: _____

Firma del representante del centro infantil: _____ Fecha: _____

