

# RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD POSICIÓN PARA DORMIR ALTERNATIVA Recomendación del Doctor

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: \_\_\_\_\_

## El médico de atención primaria del menor debe llenar la siguiente sección.

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Nombre de su práctica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**La Ley de Cuidado Infantil de Carolina del Norte exige que en los centros de cuidado infantil todos los bebés sean colocados boca arriba para dormir. De acuerdo a la recomendación del doctor del menor, el centro de cuidado infantil puede estar autorizado para usar una posición para dormir alternativa para el menor por razones médicas.**

El menor mencionado arriba presenta la siguiente condición médica y necesita ser puesto en una posición para dormir alternativa:

Por favor describa la posición para dormir apropiada para el menor mencionado arriba:

Fecha de vigencia de la petición: de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**“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 Súbita del Infante (*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 Súbita del Infante.**

**Asimismo, autorizo al centro de cuidado infantil y a sus empleados a que coloquen a mi niño(a) en una posición alternativa para dormir, según la recomendación del médico de atención primaria del niño, 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: \_\_\_\_\_