

Renuncia alternativa de Posición de Sueño
Asistencia médica y Recomendación Profesional
(Médico, Enfermero, y Ayudante del Médico NCAC 10A 09 .0102(14))

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

Nombre de Padre/ Guardián: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono en casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Ser completado por el profesional primario de asistencia médica del niño.

Nombre del Profesional de Asistencia médica: _____

El nombre de la Práctica: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Pager: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

La Ley de Guarderías de N.C. requiere que facilidades de guardería colocan a todos los niños en las espaldas para dormir. Al consejo del profesional primario de asistencia médica del niño, la facilidad puede ser autorizada a utilizar una posición alternativa de sueño para el niño por razones médicas.

El niño denominado encima de tiene la condición médica siguiente, que necesita una posición alternativa de sueño:

La posición apropiada del sueño para el niño denominado encima será: _____

Las Fechas de vigencia de Renuncia: **empezando** ____/____/____ **a** ____/____/____

Firma del Profesional de Asistencia médica

Fecha

"Yo, como el padre o el guardián del niño mencionado, por la presente sueltan y tienen inocua la facilidad de guardería listó abajo, sus oficiales, los directores, y los empleados, de cualquier y toda la obligación cualquier se asoció con daño a mi niño debido a Síndrome Infantil Repentino de Muerte (SIDS). Afirmo y reconozco que fui proporcionado con información con respecto a SIDS. Autorizo aún más la facilidad de guardería y a sus empleados a colocar a mi niño en una posición alternativa de sueño, en la recomendación de mi profesional primario de asistencia médica de niño, como escrito arriba".

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

(Un funcionario autorizado con la facilidad de guardería debe completar la sección siguiente.)
An authorized official with the child care facility must complete the following section.

Name of Child Care Facility: _____ ID #: _____

Facility Representative's Signature: _____ Date: _____