



## EXIMICIÓN MÉDICA PARA LA GUARDERÍA PARA ADOPTAR UNA PRÁCTICA O POSICIÓN ALTERNATIVA PARA DORMIR

Formulario Estatal 57670 (R0 / 12-24)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y FAMILIARES

Se debe completar toda la información. Se podrán devolver los formularios en blanco. El original aprobado debe colocarse en el expediente del menor.

En Indiana, es obligación cumplir las recomendaciones de la Academia de Pediatría de EE. UU. (AAP) con respecto a la forma de dormir de los bebés en los programas de atención infantil reglamentados. Los niños menores de doce (12) meses deben colocarse en una cuna o portacuna para que duerman solos y sobre su espalda. Se permite el uso de chupones a la hora de dormir.

Con la orden escrita de un proveedor de atención médica personal del bebé que tenga potestad independiente para hacer recomendaciones, se debe colocar en el expediente una Eximición Médica para la Guardería que contenga indicaciones alternativas claras para los bebés que necesiten adoptar posiciones o tener adaptaciones alternativas.

Los motivos médicos para no seguir las recomendaciones de la AAP deben indicarse a continuación de forma clara. La solicitud la debe aprobar el Encargado de Infancia Temprana y Aprendizaje Extraescolar antes de su implementación.

Nombre del programa		Condado
Nombre del bebé		Fecha de nacimiento del bebé (día, mes, año)
Nombre del padre, madre o tutor		
Nombre del proveedor de atención médica o especialista (en imprenta)		
Dirección del proveedor de atención médica o especialista (número y calle, ciudad, estado y C. P.)		
Número de teléfono ( )	Número de fax (opcional) ( )	Dirección de correo electrónico

### DEBE COMPLETARLO EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O ESPECIALISTA DEL BEBÉ

Describa cómo es la afección médica o de salud que requiere una posición para dormir alternativa. Incluya la estatura, el peso, la edad de desarrollo y todo diagnóstico o equipos que respalden el cambio con respecto a las recomendaciones de la AAP. No se puede aprobar como motivo el reflujo solamente.

Describa la posición o adaptación alternativa para el bebé en el cuidado grupal.

Describa el equipo o dispositivo que entregarán los padres al programa de guarderías, altura o grado de la cuña.

Las instrucciones anteriores tienen vigencia a partir de la fecha de inicio hasta la fecha anotada, hasta que la adaptación ya no sea necesaria o hasta que el bebé cumpla los doce (12) meses.

Fecha de inicio (día, mes, año)

Fecha de finalización (día, mes, año)

**Considero que el beneficio médico de esta instrucción alternativa supera con creces el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS) o de asfixia postural.**

Firma del proveedor de atención médica

Fecha (día, mes, año)

**En carácter de padre, madre o tutor del menor mencionado anteriormente, reconozco los riesgos de la SIDS y la asfixia postural relacionados con la modificación de la posición o del entorno del bebé a la hora de dormir con respecto a las recomendaciones de la AAP. Autorizo a este establecimiento o programa a que sigan las indicaciones médicas según las establezca el proveedor de atención médica de mi hijo. Entregaré todos los equipos o dispositivos necesarios para tal fin.**

Firma del padre, madre o tutor

Fecha (día, mes, año)

### EXCLUSIVO PARA EL USO DE LA OFICINA

Fecha de recepción (día, mes, año)

Firma del administrador de guarderías

Sí  No

Fecha de aprobación (día, mes, año)

Número de licencia o registro del programa