

# PLAN INDIVIDUAL PARA EL SUEÑO INFANTIL

Fecha del plan: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL BEBÉ

Nombre del bebé	Género	Fecha de nacimiento
Nombre del representante autorizado (contacto principal)		Número de teléfono
Nombre del representante autorizado (contacto secundario)		Número de teléfono

## SECCIÓN B: INFORMACIÓN SOBRE EL ENTORNO PARA DORMIR

En el hogar, el bebé duerme en: <input type="checkbox"/> una cuna <input type="checkbox"/> un corralito <input type="checkbox"/> otro (especifique) _____	¿Cuáles son sus horas para dormir normales? _____ _____
Durante el día, ¿cuánto tiempo suelen durar las siestas del bebé? _____ minutos   _____ horas	¿El bebé usa un chupón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces En caso de <b>sí</b> , ¿de qué marca es? _____

## SECCIÓN C: CAPACIDAD DEL BEBÉ PARA VOLTEARSE

Mi hijo, \_\_\_\_\_, ha podido voltearse de boca arriba a boca abajo, y viceversa, desde el \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Firma del representante autorizado	Fecha
------------------------------------	-------

## SECCIÓN D: CAPACIDAD DEL BEBÉ PARA VOLTEARSE EN LOS ENTORNOS DE CUIDADO INFANTIL

El proveedor observó que el bebé es capaz de voltearse de boca arriba a boca abajo, y viceversa.

Firma del proveedor de cuidado infantil	Fecha
Firma del representante autorizado (esto debe ser completado a más tardar un día hábil después de la observación)	Fecha

**SECCIÓN E: EXENCIÓN MÉDICA**

¿Tiene el bebé una exención médica?  Sí  No

Si el bebé tiene una exención médica que lo permite dormir en una posición que no sea boca arriba, un médico con licencia debe especificar cuál es esa posición alternativa.

La exención médica incluirá los siguientes elementos:

- instrucciones para acostar al bebé (deben mencionar la posición alternativa)
- el período de vigencia de la exención
- la información de contacto del médico con licencia
- la firma del médico con licencia y la fecha de su firma

ADJUNTE LOS DOCUMENTOS OBLIGATORIOS A ESTE FORMULARIO Y GUÁRDELO EN EL EXPEDIENTE DEL BEBÉ EN CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 101429(a)(2)(c) DEL TÍTULO 22 (CENTROS DE CUIDADO INFANTIL) O LA SECCIÓN 102425(c)(2) DEL TÍTULO 22 (HOGARES DE CUIDADO INFANTIL).

**Yo certifico que toda la información en este formulario es completa y acertada según mi leal saber y entender.**

Firma del representante autorizado

Firma