



United Way of Miami-Dade

Youth Pride

Aplicación para después de la escuela 2021-2022

Received by: _____

Date: _____

Sección I Información del estudiante

Nombre del Estudiante: X _____ Fecha de Nacimiento: X _____ Sexo: F – M
(Escriba Claro y en letra separada o Molde) (Mes/Día/Año) (Circule el Sexo)

K-1-2-3-4

Locación: Centro () o ECA () Grado: 5-6-7-8 Edad: X _____ ID del Estudiante: _____
(Circule el Grado)

Nombre de la Escuela donde asiste el estudiante: X _____

Dirección: X _____ Apto No. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Números de Teléfono de: Casa: _____ Celular: _____ Emergencia: X _____

Sección II Información de los Padres

Nombre del Padre: _____ Número de Teléfono del Trabajo: _____

Nombre de la Madre: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Nombre del Guardián Legal: _____ Número de Teléfono del Trabajo: _____

Sección III Información Médica del Estudiante

Nombre del Doctor del Niño: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección del Consultorio: _____ Nombre del Hospital o Clínica: _____

Autoriza a contactar otro Doctor, si el doctor de su hijo/a no esta disponible? Sí _____ No _____

Su niño tiene condiciones médicas que debemos estar enterados? Sí _____ No _____

Si su respuesta fue Sí, explique cual es su condición medica? X _____

Autoriza llevar a su hijo/a al hospital en caso de emergencia? Sí _____ No _____

Su niño (a) sufre de Alergias? Sí _____ No _____

Si su respuesta fue Sí, que tipo de Alergia es?

X _____

Por favor escriba el nombre de las personas a las cuales podemos contactar en caso de una emergencia o para recoger a su(s) hijo(s) cuando Usted no esta disponible: ***(Deben presentar identificación con foto)**

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Sección IV Acuerdo de la Inscripción al Programa

Al firmar esta aplicación usted está de acuerdo en que su hijo participe en el programa de Centro Campesino, Youthpride. Como padre o guardián legal usted se compromete a entregar los reportes escolares y a participar en los talleres de padres mandatorios para los padres de familia. El programa es gratis y su participación garantiza que su hijo/a pueda continuar participando en el programa de Youthpride. Hemos hecho un gran esfuerzo para proveer el mejor servicio posible para su hijo. El éxito de su hijo depende directamente en su participación y en la cooperación total de su hijo. También comprende que debe de seguir todos los reglamentos en referente a los paseos o actividades del programa. Si usted entrega una forma de paseo, su hijo/hija debe de participar. En caso de una emergencia se debe comunicar con el personal de la oficina. No habrá excepciones. Al firmar este acuerdo usted se compromete a participar en la educación de su hijo/a y su falta de participación resultara en la suspensión de su hijo/a del programa de Youthpride. Recibí el folleto de la virus de la influenza.

Firma del Padre o Madre: **X** _____

Fecha: **X** _____

Sección V Información Sobre el Estudiante

Raza: Nativo americano / Nativo de Alaska Asiático Negro / Afro americano Islas del Pacífico Blanco

Etnia del Menor: Bahameña, Haitiano, Jamaicano, Negro otro: No - Hispano Colombiano, Cubano, Dominicano, Hondureño, Mexicano, Nicaragüense, Salvadoreño, Puerto Rácano, Honduras Otro; por favor explique _____

Tiene el menor seguro de salud Sí No (Circule uno - seguro privado, Kid Care, Medicaid)

Si tiene seguro, el nombre del seguro _____

Tiene el padre/guardian seguro de salud Sí No (Circule uno - seguro privado, Kid Care, Medicaid)

Si tiene seguro, el nombre del seguro – _____

Su niño recibe almuerzo Gratis o almuerzo reducido? **SI** _____ **NO** _____

Tiene su niño limitación para hablar el Ingles? **SI** _____ **NO** _____

Su hijo es deshabilitado o tiene alguna limitación? **SI** _____ **NO** _____

Sección VI Ingreso en el Hogar (Anual)

Ingreso Annual en el Hogar: _____

Assitencia Publica Estampillas de comida TANIF Seccion 8 SSI Medicaid

Veterano de las Fuerzas Armada Si No

Activo en las Fuerzas Armadas Si No

Informacion De Los Padres

Nivel de Educacion mas alto recibido	Classificacion de Agricultura
Elementary _____	Migrante _____
Middle Sch. _____	Seasonal _____
High School _____	
GED _____	Other _____

FORMA DE AUTORIZACION ESPECIAL

AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIAR O FILMAR A MI HIJO/A:

Le doy permiso a Centro Campesino y sus representantes para que puedan fotografiar o filmar a mi niño/a y utilizar las fotos para artículos en los periódicos, en la televisión y en publicidad en general.

Sí No

AUTORIZACION DE ACCESO AL EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE

Autorizo a Centro Campesino/YouthPride y a sus representantes para tener acceso y copias de los expedientes académicos de mi hijo/a (notas e informes académicos) sobre su progreso en la escuela.

Sí No

AUTORIZACION PARA CAMINAR A CASA

Autorizo al personal de Centro Campesino y YouthPride para que permitan que mi hijo/a camine a casa desde el lugar del programa. Entiendo que los padres de familia son responsables de arreglar un medio de transporte según sea necesario debido al mal tiempo. Al firmar esta autorización, libero a Centro Campesino y sus representantes de toda responsabilidad legal sobre cualquier incidente o dificultad que pueda ocurrir mientras mi hijo va caminando a casa.

Sí No

FORMA PARA AUTORIZACION DE TRANSPORTE

Autorizo al programa y a su personal para transportar a mi niño durante horas del programa. Entiendo que puede ser necesario transportar a mi niño/a y desde locales tales como la biblioteca pública, las escuelas, los parques públicos, o excursiones educativas, y doy el de autorización para excursiones especiales a lugares más retirados o a viajes más largos fuera del condado. Sin estas formas de autorización firmadas por los padres mi hijo/a NO podrá participar al viaje.

Sí No

Nombre del Padre/Madre o Guardián Legal: **X** _____
(Letra de Molde)

Firma del Padre/ Madre o Guardián Legal: **X** _____

Fecha: **X** _____

POLÍZA DE PRIVACIDAD PARA LOS CLIENTES DE SERVICIOS DE JUVENTUD, F.O.C.U.S: EMPLEOS Y PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CLIMATIZACIÓN DEL DEPARTAMENTOS DE CENTRO CAMPESINO FARMWORKER CENTER, INC.

Centro Campesino Farmworker Center, Inc. (CCFC) valora su confianza y se compromete a la gestión responsable del uso y protección de su información identificable personal.

Durante el transcurso de su aplicación y participación de nuestros servicios en nuestra agencia, nosotros acumulamos información personal (no pública) de su formulario de admisión, así como otras fuentes tales como sus ingresos y activos con el fin de tomar una decisión informada acerca de su elegibilidad y / o procesamiento de documentos relacionados con su solicitud de servicios. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y también mantenemos procedimientos que cumplen con las regulaciones federales para proteger su información personal (no pública).

Recopilamos información personal (no pública) sobre usted de las siguientes fuentes: (i) la información que recibimos de usted en nuestro forma de consumo personal (ii) otras agencias y afiliadas de (iii) otras agencias gubernamentales o de esos programas que le han prestado servicios a usted.

Para asistirle o cumplir con nuestras directivas de Auxilio o subsidios podríamos divulgar las siguientes tipos de información personal (no pública) acerca de usted (i) información que recibimos de usted en el formulario de admisión personal otras formas como otros datos tales como su nombre, dirección, activos y (ii) información sobre sus transacciones con nosotros y nuestros afiliados.

Podemos divulgar información personal (no pública) acerca de usted a los siguientes tipos de terceros:

- Agencias afiliadas
- Otros, como organizaciones sin fines de lucro o agencias gubernamentales que proveen fondos y vigilan nuestro cumplimiento y lineamientos de las normas de Auxilio o subsidios.

Las partes no afiliadas son entidades que no son propiedad o no están controladas, en todo o en parte, no son filiales de Centro Campesino Farmworker Center, Inc. Sin embargo, son entidades terceras esenciales para que Centro Campesino Farmworker Center, Inc pudiera prestar servicios a usted.

Estoy firmando aquí para confirmar que estoy de acuerdo con la política de privacidad descrita arriba

_____	_____	_____	_____
Firma De Solicitante	Fecha	Firma de Co-Solicitante	Fecha

Si usted prefiere que nosotros no divulgáramos información (no pública) sobre usted a terceros ni a esos que no son afiliados, excepto según lo requerido por ley, usted puede optar de estas revelaciones, es decir, usted nos puede dirigir a que nosotros no divulguemos información a no ser esos que son requeridos por la ley. Si usted desea optar de estas revelaciones a esos que no están afiliados a terceros, firme en el espacio de abajo.

Yo quiero optar de esta divulgación como esta escribida arriba

_____	_____	_____	_____
Firma De Solicitante	Fecha	Firma de Co-Solicitante	Fecha

Updated and Approved by CCFC Board of Directors, 12/14/2013



FORMULARIO DE INFORMACION DEL MENOR

Apellido del Menor _____, Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) [][][][][][][][][][][][][][][][]

Sexo del menor Masculino Femenino

Número del ID de MDCPS [][][][][][][][][][] Sin ID de MDCPS

TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN A ESCUELAS PÚBLICAS O CHARTER DEBEN TENER UNA IDENTIFICACIÓN DE LA ESCUELA.

Escuela a la que asiste el menor _____

¿Es el niño/a competente en inglés? Sí No

Otros idiomas que se hablan en su hogar Español Haitiano-Creole Otro _____ Ninguno

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Origen étnico del menor Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

Raza del menor Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro Multiracial

Grado escolar del menor [][]

¿Tiene el menor seguro de salud (ej., seguro privado, KidCare, Medicaid)? Sí No (Si no tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura económica—llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org/parents/health-connect/insurance)

Nombre completo del padre, madre o guardián del menor _____

Correo electrónico del padre, madre o guardián del menor _____

Teléfono principal del padre, madre o guardián [][][][][][][][][][][][][][][][]

¿Es este un celular/teléfono móvil? Sí No

(The Children's Trust podría comunicarse con usted por correo, correo electrónico y/o texto para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios, y para notificarle de otros programas financiados por The Children's Trust, iniciativas y eventos en los que podría estar interesado/a.)

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a)...

¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- Habla y se le entiende fácilmente Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño/entrecejo o parpadear
 Habla, pero es difícil entenderle Usa lenguaje de señas
 Usa dibujos o una pizarra para comunicarse Usa sonidos que no son palabras, como risa, llanto o gruñidos

¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta | <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) |
| <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) | <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista | <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (si es menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de atención e hiperactividad (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar) | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme la forma al final. Si marcó cualquier otra respuesta, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

¿Algunas de las condiciones marcadas arriba hacen que sea más difícil para su hijo(a) hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No

Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional? No necesita ayuda específica

- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras gruesas
- Controlar los sentimientos y la conducta
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Usar dispositivo(s) de asistencia como silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro _____

Por favor díganos cualquier otra cosa que crea es importante que sepamos sobre su hijo(a)

Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust,

Por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities.

Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para este programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN _____

FECHA _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)

ORGANIZACIÓN: _____ ESTABLECIMIENTO (SITE): _____

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen): Dep Syst Delin Syst



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián de _____, autorizo y doy por este medio consentimiento al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, de la siguiente manera:

Yo por la presente:

otorgo permiso y autorizo no otorgo permiso ni autorizo

al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, a tomar y a usar fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones ("grabaciones" de aquí en adelante) de mí, de mis niños, o de mis dependientes con fines educativos, de investigación, documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar ninguna remuneración para usted, sus hijos o niños en su custodia.

Cualquiera de y todas las grabaciones tomadas de usted, sus hijos o niños en su custodia serán la propiedad única de The Children's Trust y de sus programas financiados.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus hijos o de niños en su custodia, usted renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra The Children's Trust del Condado Miami-Dade, su personal, los proveedores de servicios que financia, empleados, agentes afiliados y miembros de la junta directiva.

Durante la sesión legislativa del 2009, fue aprobada una nueva ley que requiere que los centros de cuidado infantil, hogares de familiares para el cuidado infantil diurno y hogares de familias grandes para el cuidado infantil les proporcionen a los padres la información detallando las causas, síntomas, y transmisión del virus de la influenza (la gripe) cada año durante Agosto y Septiembre.

Mi firma más abajo verifica acuse de recibo del folleto sobre el Virus de la Influenza, La Gripe, Una Guía Para Los Padres:

Nombre: _____
Nombre del Niño: _____
Fecha de Recibo: _____
Firma: _____

Por favor complete y regrese esta porción del folleto a su proveedor de cuidado infantil, para que ellos lo puedan conservar en sus archivos.



¿Qué debo hacer si mi hijo se enferma?

Consulte con su médico y asegúrese de que su hijo obtenga suficiente descanso y que beba muchos líquidos. No le dé nunca aspirina, o medicinas que contengan aspirina, a niños o adolescentes que puedan tener la gripe.

LLAME O LLEVE A SU HIJO AL MÉDICO INMEDIATAMENTE SI SU HIJO:

- Tiene una fiebre alta o una fiebre que dure un largo tiempo
- Tiene problemas para respirar o respira rápido
- Tiene la piel que luce azul
- No está bebiendo lo suficiente
- Parece estar confundido, no se despierta, no quiere ser tenido en brazos, o tiene convulsiones (se sacude sin control)
- Se mejora, pero luego se pone peor otra vez
- Padece de otras condiciones (como enfermedades del corazón o de los pulmones, diabetes) que se ponen peor



¿Cómo puedo proteger a mi hijo de la gripe?

Una vacuna contra la gripe es la mejor manera de protegerlo contra la gripe. Como el virus de la gripe cambia año tras año, se recomienda la vacunación anual contra la gripe. El CDC (Centros de Control y Prevención de Enfermedades) recomienda que todas los niños desde la edad de 6 meses hasta su 19no. cumpleaños reciban la vacuna de la gripe cada otoño o invierno (los niños que reciban la vacuna por primera vez requieren dos dosis). Usted también puede proteger a su niño recibiendo Usted mismo la vacuna de la gripe.

¿Qué puedo hacer para prevenir la transmisión de gérmenes?

se

La manera principal en que propaga la gripe es en las gotitas respiratorias que se producen al toser o estornudar. Esto puede suceder cuando las gotitas de la tos o un estornudo de una persona infectada son propulsadas a través del aire e infectan a alguien cercano. Aunque es mucho menos frecuente, la gripe también se puede transmitir a través de contacto indirecto con manos contaminadas y artículos ensuciados por las secreciones de la garganta y nariz. Para prevenir la transmisión de gérmenes:



- Lávese las manos a menudo con agua y jabón.
- Cúbrase la boca/nariz mientras tose o estornuda. Si Usted no tiene un pañuelo desechable, tosa o estornude en la parte superior de la manga, no en sus manos.
- Limite el contacto con personas que muestren señales de enfermedad.
- Mantenga sus manos alejadas de su rostro. Los gérmenes a menudo se transmiten cuando una persona toca algo que está contaminado con gérmenes y luego se toca sus ojos, nariz, o boca.

¿Cuándo debe quedarse mi niño en casa de la guardería infantil?

Una persona puede ser contagiosa y capaz de transmitir el virus desde 1 día antes de mostrar síntomas hasta 5 días después de enfermarse. El periodo de tiempo puede ser mayor en niños o personas que no combaten bien las enfermedades (personas con sistemas inmunes débiles). Cuando esté enfermo, su hijo debe quedarse en casa para descansar y evitar transmitirle la gripe a otros niños y no debe regresar a la guardería infantil o a otro ambiente de grupo hasta que la temperatura de él o ella haya estado normal y haya estado libre de síntomas y signos por un periodo de 24 horas.

Para más información útil adicional acerca de los peligros de la gripe y de cómo proteger a su hijo, por favor visite: <http://www.cdc.gov/flu/> or <http://www.immunizeflorida.org/>

¿Qué es el virus de la influenza (gripe)?

La influenza ("la gripe") es causada por un virus que infecta la nariz, la garganta, y los pulmones. De acuerdo al Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la gripe es más peligrosa para los niños que el resfrío común. Distinto al resfrío común, la gripe puede causar enfermedad severa y complicaciones que ponen en riesgo la vida a muchas personas. Los niños menores



de 5 años de edad que tienen la gripe suelen necesitar atenciones médicas. Las complicaciones severas de la gripe son más comunes en niños menores de 2 años de edad. La temporada de la gripe puede iniciar tan temprano como el mes de Octubre y durar hasta tan tarde como Mayo.

¿Cómo puedo saber si mi hijo tiene un resfrío, o si tiene la gripe?

La mayoría de las personas con la gripe se sienten cansadas y tienen fiebre, dolor de cabeza, tos seca, dolor de garganta, nariz congestionada o nariz con secreciones, y músculos adoloridos. Algunas personas, en especial niños, pueden también tener problemas estomacales y diarrea. Como la gripe y el resfrío común tienen síntomas similares, puede ser difícil diferenciarlos en base a sólo los síntomas. En general, la gripe es peor que el resfrío común, y los síntomas tales como la fiebre, los dolores corporales, la fatiga extrema, y la tos seca son más comunes e intensos. Las personas con resfríos más comúnmente tienen secreciones nasales o congestión nasal. Los resfríos generalmente no resultan en problemas de salud serios, tales como neumonía, infecciones bacterianas, u hospitalizaciones.



Para información adicional, por favor visite www.myflorida.com/childcare o www.myflorida.com/childcare

CF/PI 175-70, June 2009

Este folleto fue creado por el Departamento de Niños y Familias en consulta con el Departamento de Salud.

VIRUS DE LA INFLUENZA



"La Gripe"
Una Guía
Para Los
Padres



DATOS SOBRE EL GOLPE DE CALOR:

Solo le toma a un automóvil **10 minutos calentar 20 grados más** y volverse mortal.

Incluso con una **ventana entreabierta**, la temperatura dentro de un vehículo puede causar un golpe de calor.

La temperatura corporal de un niño aumenta de **3 a 5 veces más rápido** que la del cuerpo de un adulto.



⚠️ CONSEJOS DE PREVENCIÓN:

- ¡Nunca deje a su hijo solo en un automóvil y llame al 911 si ve a un niño encerrado en un automóvil!
- Acostúmbrase a revisar el asiento delantero y trasero del automóvil antes de alejarse.
- Tenga especial cuidado durante los momentos agitados u ocupados, los cambios de horario o ruta, y los períodos de estrés emocional o caos.
- Cree recordatorios colocando algo en el asiento trasero que necesitará en el trabajo, la escuela o el hogar, como un maletín, una cartera, un teléfono celular o su zapato izquierdo.
- Mantenga un animal de peluche en el asiento para el automóvil del bebé y colóquelo en el asiento delantero como recordatorio cuando el bebé esté en el asiento trasero.
- Establezca un recordatorio de calendario en su dispositivo electrónico para asegurarse de que dejó a su hijo en el centro de cuidado infantil.
- Haga que sea una rutina notificar siempre al proveedor de cuidado infantil de su hijo con anticipación si su hijo va a llegar tarde o ausentarse; pídale que se comuniquen con usted si su hijo no ha llegado según lo programado.

Durante la sesión legislativa de 2018, se aprobó una nueva ley que requiere a las instalaciones de cuidado infantil, hogares familiares de cuidado de niños y hogares familiares grandes de cuidado de niños proporcionar a los padres, durante los meses de abril y septiembre de cada año, información con respecto a la posibilidad de que los adultos distraídos no dejen a un niño en la instalación/hogar y, en cambio, lo dejen en el vehículo del adulto al llegar al destino del adulto.



Mi firma abajo verifica el recibo del folleto de adultos distraídos

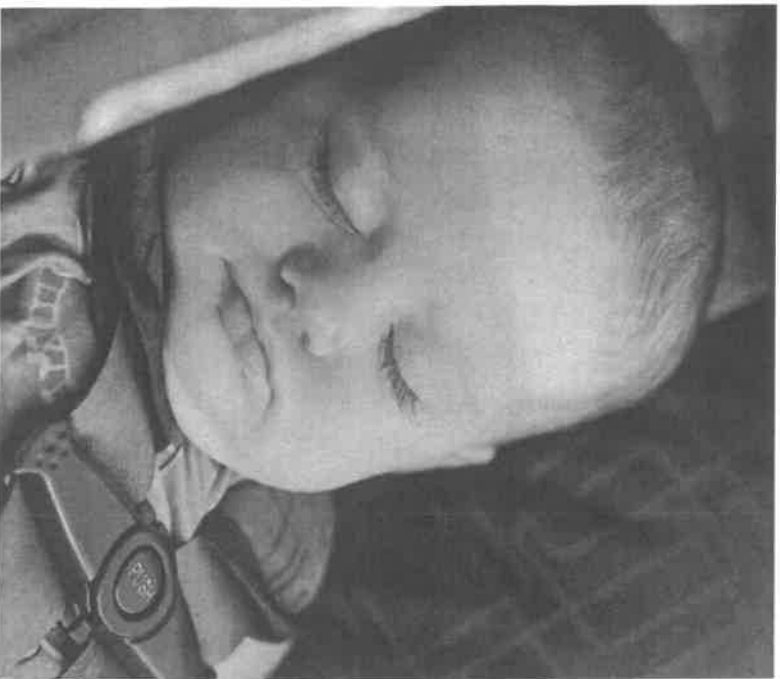
Padre/Guardián:

Nombre del niño:

Fecha:

Complete y devuelva esta parte de el folleto a su proveedor de cuidado infantil, para mantener el recibo en sus registros.

Un cambio en la rutina diaria, falta de sueño, estrés, fatiga, uso del teléfono celular, y simples distracciones son algunas cosas los padres experimentan y pueden ser factores contribuyentes de por qué los niños se han quedado sin saberlo en vehículos...



Desarrollado por:

La Oficina de Regulación de Cuidado de Niños

www.myflfamilies.com/childcare

CF/PI 175-12, May 2019

Quando la vida pasa... No sea un
**ADULTO
DISTRÁIDO**

