

Shasta Head Start Chile Development, Inc.

## **FORMULARIO DE PERMISO PARA EL USO DE POMADA PARA LO ROZADO**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el personal de Shasta Head Start aplicará la Pomada/ungüento para lo rozado con mi permiso. El personal no aplicará la pomada/ungüento para lo rozado si la piel está lastimada.

Verificar todos los que aplican:

- Yo no sé de ninguna alergia que mi niño tiene a la pomada para lo rozado
- Mi niño es alérgico a algunas clases de pomadas para lo rozado. Si es aplicable, por favor apunte el tipo de pomada/ungüento para lo rozado a la que su niño es alérgico\_\_\_\_\_
- La marca de la pomada para lo rozado que estoy trayendo para que el personal le aplique a mi niño (por ejemplo: A&D, Zinc Oxide, Bag Balm, etc.) es: \_\_\_\_\_

.....

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Este formulario es válido durante un año desde la fecha firmado)