

Shasta Head Start Child Development, Inc.
Plan de Servicios y Necesidades para el Bebé

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

Nombre del Padre (s): _____

Cuidador Primario: _____

Plan de la Rutina de Dormir

Cada bebé de 12 meses o menos, tendrá el Plan de sueño infantil LIC 9227 adjunto completado antes de la inscripción y actualizado, según sea necesario, para reflejar cuándo el niño comienza a voltearse de adelante hacia atrás y de atrás hacia adelante.

Consolar/Calmarse Solo

¿Tiene su niño algún objeto que lo hace sentir seguro? Si No

Si sí, ¿qué? _____ ¿Cómo lo llama su familia? _____

¿Su niño usa un chupón? Si No ¿Cómo lo llama su familia? _____

¿Otra información? _____

Rutina con la Botella (biberón)

Shasta Head Start recomienda que los bebés recién nacidos dejen de alimentarse con biberón al año.

Amamanta con Pecho: Si No

Si es sí, ¿Usted proporcionará leche materna para usar en el centro o alimentará a su bebé en el centro? _____

Fórmula: Marca: _____ Tipo: _____

Tipo de Botella/Chupón: _____

¿Cuánto bebe su bebé por comida? _____

¿Con qué frecuencia amamanta a su bebé o toma su biberón? _____

Rutina con Taza

Le ofreceremos agua, fórmula o leche en una taza abierta para darle a su bebé la oportunidad de aprender a beber de una taza abierta.

Introducción a una taza: ¿Edad? _____ Tipo que usa en la casa: taza cubierta o abierta

Leche: _____ Tipo: _____

Shasta Head Start Child Development, Inc.
Plan de Servicios y Necesidades para el Bebé

Rutina a la Hora de Comer

Recomendamos comenzar con la introducción de alimentos sólidos con cereal de arroz a los 6 meses para darle a su bebé hierro adicional. Se ofrecerán otros alimentos de uno en uno para observar posibles reacciones. Consulte la Lista de verificación para la introducción de alimentos sólidos para obtener más información.

Alergias: _____

Comida que le gusta: _____ Comida que no le gusta: _____

Dietas Especiales / Solicitudes: _____

Rutina con el Pañal

¿Qué tamaño de pañal usa su niño? _____

¿Qué pañal prefiere que use su niño? _____

_____ Pañales proporcionados por el centro _____ Usted proporcionará sus propios pañales

Si su niño necesita ungüento para pañales, debe firmar el formulario de permiso de ungüento de pañal.

Por favor especificar la marca: _____

Otra Información o Servicios

¿Su niño tiene servicios que son diferentes de los provistos por el programa de rutina del centro, es decir, ejercicios especiales, materiales, alojamiento de servicios?

Otra información que le gustaría que sepamos sobre las rutinas de su niño o familia:

El plan de necesidades y servicios se actualizará cada tres meses o antes si así lo solicita el padre o tutor.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____

Actualizaciones

Fecha: _____ Cambio: Si _____ No _____ Firma del Padre: _____

Fecha: _____ Cambio: Si _____ No _____ Firma del Padre: _____

Fecha: _____ Cambio: Si _____ No _____ Firma del Padre: _____

Fecha: _____ Cambio: Si _____ No _____ Firma del Padre: _____

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 sí, ¿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