

Identificación del caso: _____ Nombre de los cuidadores: _____

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

*Recordatorio de completar una solicitud de servicio de corralito (Pack N Play) y una remisión a CHANT, si corresponde.

Revise el Protocolo para la Educación sobre el Sueño Seguro y la Entrega de Mobiliario para el Sueño Seguro antes de la visita.	Sí	No	¿Qué medidas se tomaron para garantizar un entorno de sueño seguro para el bebé?			
¿El cuidador conoce las prácticas de sueño seguro? **Revise y proporcione información sobre el sueño seguro al cuidador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Los cuidadores disponen de mobiliario para sueño seguro? Si no es así, describa qué medidas se tomaron para garantizar que el bebé disponga de un lugar seguro para dormir antes de que el trabajador se vaya del hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Vio usted dónde duerme o dormirá el bebé durante el día y durante la noche? Describa y/o incluya una fotografía en el expediente del caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿El bebé siempre duerme boca arriba? Proporcione el folleto "Sueño seguro para su bebé" y el colgador de puerta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Los cuidadores son conscientes de los riesgos de calentar o abrigar en exceso al bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿El entorno para dormir está libre de riesgos visibles para la seguridad? (por ejemplo: peluches, almohadas, mantas, protectores de cuna, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Los cuidadores permiten que el bebé duerma en la misma cama con ellos o con otras personas, incluyendo hermanos, otros bebés y mascotas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Los cuidadores fuman? Si es así, facilite información sobre la Línea para dejar de fumar de Tennessee (Tennessee Tobacco QuitLine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Los cuidadores garantizan un sueño seguro en lugares fuera del hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿El bebé duerme alguna vez sentado, por ejemplo en una silla de auto (fuera del auto), en un asiento rebotador, en un columpio o en un cochecito recto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Se ha hablado con la familia sobre la seguridad de las mascotas? ¿Qué tipo de animal(es) vive(n) en la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿El bebé es amamantado? La lactancia materna es un factor de protección siempre que no se consuman sustancias en ese momento. Hable de las medidas seguras para evitar que se duerma durante la lactancia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Prueba de drogas para adultos positiva?	Sí	No	N/A	Nombre y relación con el bebé:		Resultados:
¿Prueba de drogas para adultos positiva?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A			
¿Prueba de drogas para adultos positiva?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A			
¿Se puso al bebé bajo custodia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				

Recuerde el ABC del sueño seguro: A solas, BOCA arriba y en una CUNA

Personal (en letra de imprenta): _____
 Cuidador(es) en letra de imprenta: _____
 Cuidador(es) en letra de imprenta: _____
 Cuidador(es) en letra de imprenta: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____
 Firmas de los cuidadores: _____ Fecha: _____
 Firmas de los cuidadores: _____ Fecha: _____
 Firmas de los cuidadores: _____ Fecha: _____

Check the "Forms" Webpage for the current version and disregard previous versions. This form may not be altered without prior approval.

Distribution:

CS- 1209S

Rev: 12/24

