

## Mis Datos

Me llamo: \_\_\_\_\_

Mi dirección es: \_\_\_\_\_

Mi teléfono es: \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento es: \_\_\_\_\_

## Cuando Duermo

- \* Sólo colócame en mi cuna sobre un colchón firme.
- \* Retira almohadas, frazadas, juguetes y otros productos suaves de mi cuna.
- \* Colócame de espaldas cuando tome una siesta o me vaya a dormir.
- \* Si necesito una frazada, no me cubras por encima del pecho.
- \* Asegúrate de que mi cabeza y mi cara no estén cubiertas.
- \* Provéeme un ambiente libre de humo.

## Cuando Juego

- \* Supervisa mis actividades todo el tiempo.
- \* Colócame de barriga. Me ayudará a reforzar mi cuello y los músculos de mis hombros.
- \* Mis juguetes deberían ser lo suficientemente grandes para no entrar en la boca, nariz u oreja.
- \* Mis juguetes no deberían tener ángulos o lados agudos, cintas o cuerdas flojas o partes removibles.
- \* Recuerda, no me des globos.



Oficina de Servicios  
para Niños y Familias  
del Estado de  
Nueva York

Pub. 5047S Rev. (03/06)

## Recuerda ¡NUNCA ME SACUDAS!



## Mi Día

Hora de Comida: \_\_\_\_\_

Hora de Dormir: \_\_\_\_\_

Hora de Jugar: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicinas: \_\_\_\_\_

## Cuando lloro, chequea para ver si estoy:

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| * Mojado(a)          | * Con fiebre        |
| * Cansado(a)         | * Aburrido(a)       |
| * Hambriento(a)      | * Solo(a)           |
| * Demasiado Caliente | * Miedoso(a)        |
| * Demasiado Frío(a)  | * Me sale un diente |

**Llama a mamá o papá si no  
sabes qué hacer**

## Me gusta:

- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_

## No me gusta:

- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_
- \* \_\_\_\_\_

## Datos Acerca de Mi Niñera

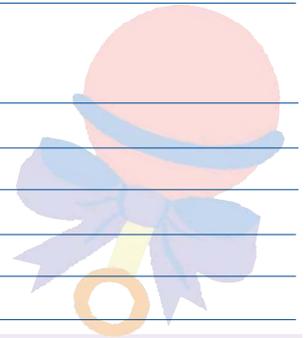
Su nombre es: \_\_\_\_\_

Su dirección es: \_\_\_\_\_

Su número de teléfono es: \_\_\_\_\_

Lo que debemos de saber acerca de usted:

## Mensajes:



## Números de Emergencia

Mi mamá se llama: \_\_\_\_\_

Mi papá se llama: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Mi vecino(a) se llama: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Mi médico se llama: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estación de Bomberos: \_\_\_\_\_

Control de Envenenamiento: **1-800-222-1222**

Otro: \_\_\_\_\_

Línea para los Padres: **1-800-342-7472**

**Si duda, llame al 911.**