

## Permiso de padres o tutores para aplicar repelente de insectos al niño

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Yo, como padre, reconozco que las picaduras de los insectos pueden presentar un riesgo de reacciones alérgicas y enfermedades para mi hijo(a). Por lo tanto doy autorización al personal de

\_\_\_\_\_ para que aplique a mi hijo(a)

*Nombre del programa de servicios de cuidado de niños*

repelente de insectos aprobado para niños con no más de 10% a 15% de DEET (nombre del producto): \_\_\_\_\_ durante las siguientes circunstancias:

1. Cuando haya mosquitos.
2. Durante viajes de excursión que puedan exponer al niño(a) a garrapatas o mosquitos
3. Siempre debe ser usado según las instrucciones de la etiqueta del producto.
4. Solo se debe aplicar sobre la piel expuesta y la ropa.
5. No aplicar a bebés menores de 2 meses de edad.
6. No aplicar cerca de los ojos, la boca o en las manos.

El uso de productos repelentes de insectos puede, ocasionalmente, ocasionar reacciones en la piel. Si esto sucede, no continuaremos usando el producto, lavaremos la zona afectada y le avisaremos para que usted pueda pedir ayuda a su profesional de salud. Es mejor si primero usted usa este producto o un producto similar con su hijo(a) en la casa una o dos veces para observar si hay reacciones.

He indicado y colocado mis iniciales a continuación en toda la información con respecto a la marca, tipo y uso de repelente que eligió el programa de servicios de cuidado de niños y para que se le aplique a mi hijo(a):

- \_\_\_ El personal puede usar el repelente de insectos del programa, tal como se indica anteriormente, según las instrucciones de la etiqueta del producto.
- \_\_\_ No tengo conocimiento de que mi hijo(a) tenga alergias a repelentes de insectos.
- \_\_\_ Mi hijo es alérgico a algunos repelentes. Por favor, solo use la siguiente marca(s) o tipo(s) de repelente(s): \_\_\_\_\_ y según las indicaciones de la etiqueta del producto.
- \_\_\_ Ya he proporcionado la siguiente marca o tipo de repelente de insectos para mi hijo(a): \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Por motivos médicos o personales, por favor NO aplique ningún repelente de insectos en las siguientes áreas del cuerpo de mi hijo(a): \_\_\_\_\_
- \_\_\_ **Por favor no aplique ningún repelente de insectos a mi hijo(a).**

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma del profesional de salud (opcional): \_\_\_\_\_