

2015

Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños Cimientos de la salud y seguridad para el cuidado y la educación en la primera infancia



Este documento fue traducido por el Children's Cabinet. La creación de esta publicación fue parcialmente financiada por la División de Asistencia Social de Nevada y el Programa de Apoyo de Servicios de Desarrollo y Cuidado de Niños y la Oficina de Desarrollo del Aprendizaje en la Primera Infancia del Departamento de Educación de Nevada.

Administración para Niños y Familias

Departamento de Salud y Servicios
Humanos de EE.UU.

6/25/2015



ÍNDICE

Reconocimientos	4
Introducción	5
Personal	8
1.1.1.1-1.1.1.5 Proporciones para centros y hogares de cuidado infantil familiar	9
1.2.0.2 Verificación de antecedentes	9
1.4.1.1/1.4.2.3 Capacitación/orientación previa al servicio	10
1.4.3.1 Capacitación de primeros auxilios y CPR del personal	10
1.4.4.1/1.4.4.2 Educación continua de directores, cuidadores/maestros en los centros y hogares de cuidado infantil familiar	11
1.4.5.2 Educación sobre el maltrato y descuido de menores	11
Actividades de programas para el desarrollo saludable	11
Supervisión del desarrollo infantil/obtención de consentimiento para las pruebas diagnósticas	
2.1.2.1/2.1.3.1 Relaciones personales de cuidadores/maestros para los niños desde recién nacidos hasta los 5 años	11
2.2.0.1 Métodos para la supervisión de los niños	12
2.2.0.4 Supervisión cerca del agua	12
2.2.0.8 Prevención de expulsiones, suspensiones y otras limitaciones en los servicios	12
2.2.0.9 Conductas prohibidas por los cuidadores/maestros	13
Promoción y protección de la salud	14
3.1.3.1 Oportunidades activas para las actividades físicas	14
3.1.4.1 Prácticas seguras de sueño y reducción del riesgo de SIDS	14
3.1.5.1 Actividades rutinarias de higiene oral	14
3.2.1.4 Procedimiento para el cambio de pañales	14
3.2.2.1 Situaciones que requieren la higiene de las manos	15
3.3.0.1 Limpieza, higienización y desinfección rutinaria	15
3.2.3.4 Prevención de la exposición a sangre y fluidos corporales	15
3.4.1.1 Uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales	16
3.4.3.1 Procedimientos de emergencia	16
3.4.4.1 Reconocer y denunciar sospechas de maltrato, descuido y explotación de menores	16
3.4.4.3 Prevenir e identificar el síndrome de bebé sacudido y traumatismo craneoencefálico por maltrato	16

3.4.5.1 Protección contra el sol, incluyendo protectores solares	16
3.4.6.1 Riesgo de estrangulación	17
3.5.0.1 Plan de cuidados para niños con necesidades especiales de salud	17
3.6.1.1 Inclusión, exclusión y envío a casa de los niños	17
3.6.1.4 Control de brotes de enfermedades infecciosas	18
3.6.3.1/3.6.3.2 Administración y almacenamiento de medicamentos.....	18
3.6.3.3 Capacitación de cuidadores/maestros para administrar medicamentos	19
Nutrición y servicios alimenticios	19
4.2.0.3 Uso de las directrices del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de EE.UU. (<i>U.S. Department of Agriculture, Child and Adult Care Food Program, USDA CACFP, por sus siglas en inglés</i>)	19
4.2.0.6 Disponibilidad de agua potable	19
4.2.0.10 Cuidado de niños con alergias a los alimentos	19
4.3.1.3 Preparación, alimentación y almacenamiento de leche materna	20
4.3.1.5 Preparación, alimentación y almacenamiento de fórmulas infantiles	20
4.3.1.9 Calentamiento de biberones y alimentos de los bebés.....	20
4.5.0.10 Alimentos que representan riesgo de asfixia	21
4.8.0.1 Acceso al área de preparación de alimentos	21
4.9.0.1 Cumplimiento del Código Alimentario de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (<i>Food and Drug Administration, FDA, por sus siglas en inglés</i>) y de las reglas estatales y locales	21
Instalaciones, suministros, equipo y salud ambiental	21
5.1.1.2 Inspección de edificios	21
5.1.1.3 Cumplimiento del código de prevención de incendios	21
5.1.1.5 Auditoría ambiental en el local del sitio	21
5.1.6.6 Barandillas y barreras protectoras	22
5.2.4.2 Cubiertas de seguridad y dispositivos de protección contra choques eléctricos para tomacorrientes	22
5.2.4.4 Ubicación de los dispositivos eléctricos cerca del agua	22
5.2.8.1 Manejo integrado de plagas	22
5.2.9.1 Uso y almacenamiento de sustancias tóxicas	22
5.2.9.5 Detectores de monóxido de carbono	22
5.3.1.1/5.5.0.6/5.5.0.7 Seguridad de los equipos, materiales y muebles	22

5.3.1.12 Disponibilidad y uso de un teléfono o dispositivo de comunicación inalámbrica	23
5.4.5.2 Cunas y corralitos	23
5.5.0.8 Armas de fuego	24
5.6.0.1: Artículos de primeros auxilios y emergencia	24
Áreas de juego/parques infantiles y transporte	24
6.1.0.6/6.1.0.8/6.3.1.1 Ubicación de las áreas de juego cerca de masas de agua/recintos para las áreas de juego al aire libre/recintos para masas de agua	24
6.2.3.1 Superficies prohibidas para colocar equipos para trepar	25
6.2.5.1 Inspección de las áreas y equipos de juego interiores y al aire libre.....	25
6.3.2.1 Equipo salvavidas	25
6.3.5.2 Agua en contenedores	25
6.5.1.2 Cualificaciones de los conductores	25
6.5.2.2 Seguridad niños pasajeros	26
6.5.2.4 Temperatura interior de los vehículos	27
6.5.3.1 Camionetas de pasajeros	27
Enfermedades infecciosas	27
7.2.0.1 Documentación de inmunizaciones	27
7.2.0.2 Niños que no han sido inmunizados	27
7.2.0.3 Inmunización de los cuidadores/maestros	28
Reglas/Políticas	28
9.2.4.1 Plan escrito y capacitación para el manejo de la atención médica de urgencia o incidentes amenazantes.....	28
9.2.4.3/9.2.4.5 Planificación, capacitación y comunicación de desastres / simulacros de emergencias y evacuación	29
9.2.4.7 Sistema de registro de entrada y salida	29
9.2.4.8 Personas autorizadas para recoger al niño	29
9.4.1.12 Registro de licencia válida, certificado o inscripción de instalación u hogar de cuidado infantil familiar	30
9.4.2.1 Contenido de los expedientes de los niños	30
10.4.2.1 Frecuencia de las inspecciones para los centros de cuidado infantil y hogares de cuidado infantil familiar	30
Recursos consultados en la creación de este documento	31

Reconocimientos

Los Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños se basa en El cuidado de nuestros niños: Estándares nacionales de desempeño de la salud y la seguridad; Guías para programas de cuidado y educación de la primera infancia, tercera edición (Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs, Third Edition, en inglés). Nos gustaría reconocer la amplia labor de la Academia Americana de Pediatría; la Asociación Americana de la Salud Pública; el Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación de la Primera Infancia; y la Oficina de Salud Materno-Infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos en el desarrollo de estos estándares o normas. También nos gustaría agradecer especialmente a los siguientes expertos por su ayuda en este esfuerzo:

Abbey Alkon, RN, Ph.D.
School of Nursing
University of California, San Francisco

Judy Collins
Consultant

Richard Fiene, Ph.D.
Research Institute for Key Indicators

Walter Gilliam, Ph.D.
Edward Zigler Center in Child Development and Social Policy
Yale University Child Study Center

Barbara Hamilton, MA
Maternal and Child Health Bureau
Health Resources and Services Administration
U.S. Department of Health and Human Services

Pauline D. Koch
Koch Consulting

Marilyn Krajicek, Ed.D., RN, FAAN
National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education
College of Nursing
University of Colorado Denver

Beverly Schmalzreid, Ph.D.
Department of Child Development
South Texas College

Danette Swanson Glassy, MD, FAAP
American Academy of Pediatrics

Nancy Von Bargen, MS
Office of Child Care National Center for Child Care Quality Improvement

Jeanne VanOrsdal, M. Ed.
Early Education and Child Care Initiatives
American Academy of Pediatrics

Marcus Williams
National Association for Regulatory Administration

Introducción

Siguen surgiendo pruebas que demuestran la profunda influencia que las experiencias a temprana edad tienen en el futuro éxito de los niños. El cuidado enriquecedor y estimulante que se brinda a los niños en los primeros años construye una arquitectura cerebral óptima que permite a los niños maximizar su potencial de aprendizaje. Las intervenciones en los primeros años de vida son capaces de alterar el curso del desarrollo y cambian las probabilidades de las personas en riesgo de obtener resultados deficientes a obtener resultados más adaptativos.

Para satisfacer las necesidades de los niños y las familias más vulnerables de nuestro país, los programas de cuidado y educación de la primera infancia administrados por la Administración para Niños y Familias (ACF, por sus siglas en inglés) están diseñados tanto para proporcionar experiencias enriquecedoras en la primera infancia que promuevan el éxito a largo plazo de los niños, como para ayudar a los padres trabajadores de bajos ingresos con el costo del cuidado infantil. En colaboración con las familias, todos los programas de cuidado y educación de la primera infancia deben apoyar las necesidades de los niños y el progreso adecuado a la edad en los dominios del Desarrollo del Lenguaje y la Lectoescritura; la Cognición y el Conocimiento General; Enfoques de Aprendizaje; la Salud y el Bienestar Físico el Desarrollo Motriz y el Desarrollo Social y Emocional que mejorarán la preparación para el kindergarten. Los programas de Head Start, Early Head Start, pre-kindergarten y de cuidado infantil tienen como objetivo apoyar la capacidad de los padres, maestros, proveedores de cuidado infantil y otros miembros de la comunidad para relacionarse positivamente con los niños en ambientes estables y estimulantes a fin de ayudar a crear una base sólida para el rendimiento escolar, la productividad económica y una ciudadanía responsable en el futuro.

La ACF se esfuerza por alcanzar los siguientes objetivos en todos los programas de la primera infancia:

- Construir sistemas de aprendizaje y desarrollo de la primera infancia exitosos en todos los programas de Early Head Start, Head Start, cuidado infantil y pre-kindergarten.
- Promover programas de aprendizaje y desarrollo tempranos de alta calidad y responsables para todos los niños.
- Asegurar una fuerza laboral eficaz de la primera infancia.
- Mejorar el bienestar físico, del desarrollo, de la salud mental y social de los niños en los entornos de aprendizaje y desarrollo de la primera infancia.
- Promover el compromiso y el apoyo de la familia en el desarrollo de los niños, reconociendo que los padres son los principales maestros y defensores de sus hijos.
- Desarrollar las fortalezas y atender las necesidades de niños y familias cultural y lingüísticamente diversos.
- Mejorar la salud y la seguridad de los entornos de aprendizaje y desarrollo de la primera infancia.

Si bien los entornos de cuidado y educación tempranos de calidad pueden tener beneficios significativos de desarrollo y otros efectos positivos a largo plazo para los niños hasta bien entrada la adultez, los entornos de calidad inferior pueden resultar en ambientes inseguros que no toman en cuenta las necesidades físicas y emocionales básicas de los niños y conllevan al descuido, estrés tóxico, lesiones o incluso la muerte. Como resultado de ello, no es de extrañar que múltiples encuestas de los padres han identificado a la salud y la seguridad como uno de los factores más importantes que se deben considerar al evaluar las opciones de cuidado infantil (Shlay, 2010). Las prácticas de salud y seguridad proporcionan la base sobre la cual los estados y las comunidades construyen entornos de cuidado y educación tempranos de calidad.

El otorgamiento de licencias a los programas de cuidado infantil basados en centros y de hogares de cuidado infantil familiar es un proceso que establece los requisitos mínimos necesarios para proteger la salud y seguridad de los niños bajo su cuidado. Los requisitos para la obtención de licencias del estado son requisitos reglamentarios, incluyendo requisitos de registro o certificación que se han establecido bajo la legislación estatal necesaria para que un proveedor opere legalmente y proporcione servicios de cuidado infantil.

Entre 2009 y 2011, más de la mitad de los estados realizaron cambios a los reglamentos para el otorgamiento de licencias a los programas de cuidado infantil basados en centros y a los hogares de cuidado infantil familiar. Por ejemplo, los estados aumentaron los requisitos de capacitación previa al servicio para los directores de los centros y aumentaron el número de horas de capacitación continua para todas las funciones del personal del centro, así como para los proveedores de cuidado infantil familiar. Específicamente, 47 estados del país exigen que el personal de los centros y 37 estados exigen que los proveedores de cuidado infantil familiar, completen capacitación relacionado con primeros auxilios. Con respecto a CPR (resucitación cardiopulmonar), 46 estados exigen la capacitación del personal de centros y 36 estados lo exigen de los proveedores de cuidado infantil familiar. Más de la mitad de los estados exigen que el personal de los centros completen capacitación relacionada con el maltrato y descuido de menores (27 Estados) o la prevención de enfermedades transmisibles (25 estados). El número de estados en el país que exige la verificación de huellas digitales de los registros federales y la verificación de los registros de delincuentes sexuales ha aumentado desde el año 2007. Todos los estados que otorgan licencias a los centros y más del 85% que otorgan licencias a hogares de cuidado infantil familiar, tienen requisitos sobre el contenido nutricional de las comidas y bocadillos que sirven a los niños. Los estados del país han añadido requisitos sobre las cercas en los espacios al aire libre, el transporte y la preparación en casos de emergencias y más estados prohíben la presencia de armas de fuego en los centros de cuidado infantil (Centro Nacional para la Mejora de la Calidad del Cuidado Infantil de la Oficina de Cuidado Infantil y la Asociación Nacional para la Administración Reguladora, 2013).

Se han realizado grandes progresos en los estados del país para proteger a los niños que se encuentran bajo cuidado fuera del hogar, sin embargo, se debe llevar a cabo más trabajo para asegurar que los niños puedan aprender, jugar y crecer en entornos salvos y seguros. Los estados del país varían ampliamente en términos del número y contenido de los estándares de

salud y seguridad, así como de los medios con los que velan por su cumplimiento. Algunos programas de cuidado y educación de la primera infancia podrían no recibir ninguna supervisión mientras que otros reciben múltiples visitas. Además, algunos programas que reciben financiamiento de múltiples fuentes podrían recibir repetidas visitas de supervisión que evalúan a los programas en relación con estándares complicados y a veces contradictorios. Si bien existen diferencias en los requisitos de salud y seguridad según las fuentes de financiamiento (por ejemplo, Head Start, Fondo de Desarrollo de Cuidado Infantil, Ley de Educación para Personas con Discapacidades y Título I), el tipo de programa de la primera infancia (por ejemplo, programas basados en centros, hogares de cuidado infantil familiar) y la duración bajo el cuidado, existen estándares o normas básicas que deben estar establecidas para proteger a los niños, sin importar el tipo de variación en el programa. Hasta ahora, no ha habido una orientación federal que apoye a los estados del país en la creación de estándares básicos y coherentes de salud y seguridad para todos los entornos de cuidado y educación de la primera infancia.

ACF se complace en anunciar los *Conceptos básicos del cuidado de nuestros Niños: Cimientos de salud y seguridad para el cuidado y la educación en la primera infancia (Caring for Our Children Basics: Health and Safety Foundations for Early Care and Education)*. Los *Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños* representan los estándares **mínimos** de salud y seguridad que los expertos creen que deberían estar en vigencia en sitios donde se proporciona cuidado a los niños fuera de sus hogares. Los *Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños* busca reducir los conflictos y la redundancia que se encuentran en los estándares de programas vinculados a múltiples fuentes de financiamiento. Los *Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños* no debe interpretarse como una representación de todos los estándares que deben estar presentes para lograr la más alta calidad de cuidado infantil y aprendizaje temprano. Por ejemplo, los requisitos de capacitación de proveedores cuidado infantil que se describen en estos estándares están diseñados únicamente para prevenir el daño a los niños, no para garantizar su óptimo desarrollo y aprendizaje.

Los *Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños* es el resultado del trabajo de expertos tanto federales como no federales y se basa en "*El Cuidado de nuestros niños: Estándares nacionales de desempeño de la salud y la seguridad; Guías para programas de cuidado y educación de la primera infancia, Tercera Edición*" ([*Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs, Third Edition*](#)), creado por la Academia Americana de Pediatría; la Asociación Americana de la Salud Pública; y el Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación de la Primera Infancia con fondos de la Oficina de Salud Materno-Infantil. La Oficina de Cuidado Infantil, la Oficina de Head Start, la Oficina del Secretario Adjunto para la Primera Infancia y la Oficina de Salud Materno-Infantil jugaron un papel decisivo en este esfuerzo. Aunque el reglamento federal no requiere el uso de *los Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños*, el conjunto de estándares se publicó para recibir comentarios del público en el Registro Federal para ofrecer a la ACF una guía práctica para ayudar con el perfeccionamiento e implementación. Los estándares, reglamentos y orientación con los que se produjeron los *Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños* se encuentran al final del presente documento.

Se puede lograr un cuidado infantil de calidad estableciendo prácticas básicas y coherentes de salud y seguridad. Aunque su uso es **voluntario**, la ACF espera que los *Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños* sea un recurso útil para los estados del país y otras entidades que trabajan para mejorar los estándares de salud y seguridad, tanto en los sistemas de autorización de licencias como en los sistemas de evaluación y mejora de la calidad (*Quality Rating and Improvement Systems, QRIS*, sigla en inglés). A medida que más estados construyen sus QRIS, se espera que los *Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños* apoye la mejora continua de la calidad en los programas a medida que avanzan a niveles más altos de calidad y mejoran la salud y el bienestar general de **todos** los niños en entornos de cuidado infantil fuera del hogar. Además, la ACF anticipa que los *Conceptos básicos del cuidado de nuestros niños* apoyará la eficiencia y la eficacia de los sistemas de supervisión en los centros de cuidado y educación de la primera infancia. Un marco común ayudará a toda la nación en el trabajo hacia el logro de una base más coherente de calidad en la que las familias puedan confiar.

Personal

1.1.1.1-1.1.1.5 Proporciones para centros y hogares de cuidado infantil familiar

Se deben mantener proporciones apropiadas durante todas las horas de operación del programa. Los niños que tengan necesidades médicas especiales o que requieran mayor atención debido a ciertas discapacidades podrían requerir personal adicional en el sitio, en función a sus necesidades y el grado de sus discapacidades.

En centros de cuidado infantil, la proporción entre proveedores y niños debe determinarse de acuerdo a la edad de la mayoría de los niños y las necesidades de los niños presentes.

Edad	Centros de Cuidado Infantil	
	Máxima proporción niño : proveedor	
≤ 12 meses		4:1
13-23 meses		4:1
24-35 meses		4:1-6:1
3 años de edad		9:1
4 a 5 años de edad		10:1

En hogares de cuidado infantil familiar, los hijos del proveedor menores de 6 años de edad, así como cualquier otro niño que esté temporalmente en el hogar y que requiera supervisión, deben incluirse en la proporción niño: proveedor. En los entornos de cuidado infantil familiar donde hay grupos de edades mixtas que incluyen bebés y niños pequeños, se deberá mantener una proporción máxima de 6:1 y no más de dos de estos niños deben tener 24 meses de edad o menos. Si todos los niños bajo el cuidado son menores de 36 meses, se debe mantener una proporción máxima de 4:1 y no más de dos de estos niños deben tener 18 meses de edad o menos. Si todos los niños bajo el cuidado son de 3 años de edad, se debe mantener una proporción máxima de 7:1. Si todos los niños bajo el cuidado son de 4 a 5 años de edad, se debe mantener una proporción máxima de 8:1.

1.2.0.2 Verificación de antecedentes

Todos los cuidadores/maestros y personal en los entornos de cuidado y educación de la primera infancia (además de cualquier persona mayor de 18 años de edad, o un menor de más de 12 años si así lo permite la ley estatal y si un registro/base de datos incluye a menores de edad, que vivan en un hogar de cuidado infantil familiar) deben someterse a una verificación de antecedentes completa tras haber sido empleados y al menos una vez cada 5 (cinco) años a partir de entonces. La verificación debe llevarse a cabo lo más rápidamente posible y debe completarse dentro de los 45 días después de la contratación. Hasta tanto la verificación se haya completado, los cuidadores/maestros y el personal no deberán tener acceso a los niños sin supervisión. El consentimiento para la verificación de antecedentes es necesario para la consideración de empleo. Una verificación exhaustiva de antecedentes debe incluir lo siguiente:

- a) una búsqueda en el registro o repositorio estatal de criminales y delincuentes sexuales en el Estado donde reside el miembro del personal de cuidado infantil y cada estado

- donde tal miembro del personal haya residido en los últimos 5 años;
- b) una búsqueda en los registros y bases de datos estatales sobre maltrato y descuido de menores en el estado donde reside el miembro del personal de cuidado infantil y cada estado donde tal miembro del personal haya residido en los anteriores 5 años; y
 - c) una verificación de las huellas digitales con la Oficina Federal de Investigaciones (FBI, sigla en inglés), utilizando la identificación de Next Generation.

Los directores/programas deben revisar cada solicitud de empleo para determinar la pertinencia de cualquier asunto que surja de la verificación completa de los antecedentes, incluyendo cualquier arresto, cargo criminal pendiente, o condena y deben usar esta información en las decisiones de empleo de conformidad con las leyes estatales.

1.4.1.1/1.4.2.3 Capacitación/orientación previa al servicio

Antes o durante los tres primeros meses de empleo, la capacitación y orientación deben detallar cuestiones relacionadas con la salud y la seguridad de los entornos de cuidado y educación de la primera infancia, incluyendo, pero no limitado a: desarrollo típico y atípico infantil; primeros auxilios y CPR pediátricos; prácticas seguras de sueño, incluyendo la reducción del riesgo del Síndrome de Muerte Infantil/del Lactante Súbita / Muerte Infantil Súbita Inexplicada (SIDS/SUID, respectivamente, siglas en inglés); prevención de envenenamiento; síndrome del bebé sacudido y trauma craneoencefálico por maltrato; precauciones estándares; preparación en caso de emergencias; nutrición y alimentación apropiada de acuerdo a la edad; administración de medicamentos y la implementación de planes de cuidado para niños con necesidades especiales de salud. Los cuidadores/maestros deben completar la capacitación antes de administrar medicamentos a los niños. Para más información, véase el Estándar 3.6.3.3. Todos los directores o administradores de programas y proveedores a cargo del cuidado infantil/maestros deben documentar que han recibido tal capacitación.

Los proveedores no deben cuidar de niños sin supervisión hasta que hayan completado la capacitación de primeros auxilios y CPR (Reanimación cardiopulmonar, sigla en inglés) pediátricos; las prácticas del sueño seguro, incluyendo la reducción del riesgo de Síndrome de Muerte Infantil/del Lactante Súbita / Muerte Infantil Súbita Inexplicada (SIDS/SUID); las precauciones estándares de prevención de enfermedades transmisibles; la prevención de envenenamiento; y el síndrome del bebé sacudido/ traumatismo craneoencefálico por maltrato.

1.4.3.1 Capacitación de primeros auxilios y CPR del personal

Todos los empleados que cuidan directamente de los niños deben tener documentación actualizada de la realización satisfactoria de capacitación en primeros auxilios pediátricos y certificación actualizada en CPR pediátrico. Los registros de la realización exitosa de la capacitación en primeros auxilios y CPR pediátricos deben mantenerse en los archivos del personal en el lugar donde trabajan .

1.4.4.1/1.4.4.2 Educación continua de directores, cuidadores/maestros en los centros y hogares de cuidado infantil familiar

Los directores y cuidadores/maestros deben completar exitosamente educación/desarrollo profesional intencional y secuencial en la programación del desarrollo infantil y la salud de los niños, la seguridad y la salud del personal en base a la aptitud y habilidad individual y las necesidades especiales de los niños a su cuidado.

1.4.5.2 Educación sobre el maltrato y descuido de menores

Los cuidadores/maestros deben recibir educación sobre el maltrato y descuido de menores para establecer estrategias de prevención y reconocimiento del maltrato y descuido de los niños, cuidadores/maestros y padres/tutores. La educación debe abordar el abuso o descuido físico, sexual y psicológico o emocional. Los cuidadores/maestros son informantes obligatorios de cualquier tipo de maltrato o descuido infantil. Los cuidadores/maestros deben estar capacitados para denunciar el abuso infantil, de conformidad con las leyes estatales sobre tales denuncias.

Actividades de programas para el desarrollo saludable

2.1.1.4 Supervisión del desarrollo infantil/obtención de consentimiento para las pruebas diagnósticas

Los programas deben tener un proceso establecido para la realización de pruebas diagnósticas del desarrollo y la conducta apropiadas para la edad para todos los niños al comienzo de la inscripción de un niño en el programa, por lo menos una vez al año a partir de entonces y a medida que el personal y/o los padres o tutores se percaten de alguna preocupación sobre el desarrollo. Los proveedores pueden optar por realizar estas pruebas diagnósticas por sí mismos; asociarse con una agencia, un proveedor de atención de la salud o especialista local que lleve a cabo la prueba diagnóstica o trabajar con los padres para ponerlos en contacto con recursos para asegurarse de que se lleven a cabo tales pruebas. Este proceso debe consistir en la educación, el consentimiento y la participación de los padres/tutores, así como la conexión a recursos y apoyo, incluyendo el proveedor de atención primaria de la salud, según sea necesario. Se deben documentar los resultados de las pruebas diagnósticas en los expedientes de los niños.

2.1.2.1/2.1.3.1 Relaciones personales de cuidadores/maestros para los niños desde recién nacidos hasta los 5 años

Los programas deben implementar políticas y prácticas programáticas basadas en relaciones que promuevan la coherencia y continuidad del cuidado infantil, especialmente para los bebés y niños pequeños. Los programas de cuidado y educación de la primera infancia deben proporcionar oportunidades para que cada niño pueda construir relaciones emocionalmente seguras con un número limitado de cuidadores/maestros. Los niños con necesidades especiales de salud podrían requerir especialistas adicionales a fin de promover la salud y la seguridad y dar apoyo al aprendizaje.

2.2.0.1 Métodos para la supervisión de los niños

En los programas basados en centros, los cuidadores/maestros deben supervisar directamente a los niños menores de 6 años en todo momento visualmente y auditivamente. En entornos de cuidado infantil familiar, los cuidadores deben supervisar directamente a los niños por medio de la vista o los sonidos. Cuando los niños están durmiendo, los cuidadores podrían supervisarlos auditivamente, con controles visuales frecuentes.

Deben cumplirse las proporciones niño a personal apropiadas al desarrollo durante todas las horas de operación y deben seguirse las precauciones de seguridad para áreas y equipos específicos. Los niños menores de 6 años nunca deben estar solos dentro ni en el exterior.

2.2.0.4 Supervisión cerca del agua

Se debe mantener supervisión constante y activa cuando un niño está en el agua o cerca del agua. Durante la natación y/o baños en donde está presente un bebé o niño pequeño, la proporción debe ser siempre de un adulto por bebé/niño. Cuando los niños vadean o andan por el agua y/o en los juegos en el agua, el supervisor adulto debe estar a un brazo de distancia de los niños, para así proveer una "supervisión cercana/de contacto". Los programas deben asegurarse de que todas las piscinas tengan tapas para el desagüe, en cumplimiento con la Ley Virginia Graeme Baker de Seguridad de Piscinas y Balnearios (Virginia Graeme Baker Pool and Spa Safety Act).

2.2.0.8 Prevención de expulsiones, suspensiones y otras limitaciones en los servicios

Los programas deben tener una política disciplinaria integral que incluya prácticas de promoción de la salud socio-emocional y del comportamiento apropiadas al desarrollo, así como procedimientos de disciplina e intervención que proporcionen una orientación específica sobre lo que los cuidadores/maestros y los programas deben hacer para prevenir y responder a conductas o comportamientos problemáticos. Los programas deben asegurarse de que todos los cuidadores/maestros tengan acceso a una capacitación previa y durante el servicio de este tipo de prácticas y procedimientos. Las prácticas y los procedimientos deben comunicarse claramente a todo el personal, a las familias y a los socios comunitarios y deben aplicarse de manera coherente y sin parcialidad ni discriminación. Las prácticas preventivas y disciplinarias deben utilizarse como oportunidades de aprendizaje para poder guiar el desarrollo apropiado del comportamiento de los niños.

Los programas deben establecer políticas que eliminen o limiten drásticamente la expulsión, suspensión u otras medidas disciplinarias excluyentes (incluyendo la limitación de servicios); estas medidas excluyentes deben utilizarse sólo en circunstancias extraordinarias en las que hay preocupaciones serias de seguridad¹ que de otro modo no se puedan reducir o eliminar mediante la provisión de modificaciones razonables.

¹ Las determinaciones sobre las preocupaciones de seguridad deben basarse en riesgos reales, la mejor evidencia objetiva disponible y no pueden basarse en estereotipos o generalizaciones.

2.2.0.9 Conductas prohibidas por los cuidadores/maestros

Las siguientes conductas deben prohibirse en todos los entornos de cuidado y educación de la primera infancia:

- a) El uso del castigo corporal, incluyendo, sin limitarse a lo siguiente:
 - i. golpear, azotar, sacudir, cachetear, retorcer, halar, apretar, o morder;
 - ii. exigir exceso de ejercicio físico, descanso excesivo o posturas extenuantes o extrañas;
 - iii. obligar a un niño a comer o poner en su boca jabón, comida, especias o sustancias extrañas;
 - iv. exponer a un niño a temperaturas extremas.
- b) aislar a un niño en una habitación, pasillo, armario, área oscura, área de juego, o cualquier otra área donde no se pueda ver o supervisar a un niño;
- c) restringir, atar para restringir el movimiento, o usar cinta adhesiva en la boca;
- d) usar o retener alimentos o bebidas como forma de castigo;
- e) utilizar métodos de enseñanza o aprendizaje para ir al baño que castiguen, degraden, o humillen a un niño;
- f) cualquier forma de abuso emocional, incluyendo rechazar, aterrorizar, ignorar por mucho tiempo, aislar o corromper a un niño;
- g) cualquier abuso o maltrato de un niño;
- h) lenguaje abusivo, profano o sarcástico, o abuso verbal, amenazas o comentarios despectivos sobre el niño o la familia del niño;
- i) cualquier forma de humillación pública o privada, así como amenazas de castigo físico²;
- j) privar de una actividad física/tiempo al aire libre como forma de castigo;
- k) colocar a un niño en una cuna por castigo o razones disciplinarias.

² Las determinaciones sobre las preocupaciones de seguridad deben basarse en riesgos reales, la mejor evidencia objetiva disponible, y no pueden basarse en estereotipos o generalizaciones.

Promoción y protección de la salud

3.1.3.1 Oportunidades activas para las actividades físicas

Los programas deben promover el juego activo apropiado para el desarrollo de todos los niños, incluyendo los bebés y niños pequeños, todos los días. Los niños deben contar con oportunidades de poder participar en actividades moderadas a vigorosas en entornos interiores y exteriores, siempre y cuando lo permita el clima.

3.1.4.1 Practicas seguras de sueño y reducción del riesgo de SIDS

Todo el personal, los padres/tutores, voluntarios y otras personas que cuidan de los bebés en un ambiente de cuidado y educación de la primera infancia deben seguir prácticas seguras de sueño según lo recomienda la Academia Americana de Pediatría (AAP, sigla en inglés). Las cunas deben cumplir con los estándares actuales de seguridad de la Comisión para la Seguridad de los Productos de Consumo de EE.UU. (*U.S. Consumer Product Safety Commission*, CPSC, sigla en inglés) y de ASTM International. Para más información, véase el Estándar 5.4.5.2.

3.1.5.1 Actividades rutinarias de higiene oral

Los cuidadores/maestros deben promover una buena higiene oral a través de actividades de aprendizaje, incluyendo el hábito del cepillado regular de los dientes.

3.2.1.4 Procedimiento para el cambio de pañales

El siguiente procedimiento para el cambio de pañales debe publicarse en el área de cambio y seguirse para proteger la salud y seguridad de los niños y del personal:

- Paso 1: Antes de llevar al niño al área de cambio de pañales, lávese las manos y lleve suministros a la zona de cambio de pañales.
- Paso 2: Traiga/Cargue al niño a la mesa o superficie de cambio, manteniendo la ropa sucia lejos de usted y de cualquier superficie que no se pueda limpiar y desinfectar fácilmente después de cambiar el pañal. Mantenga siempre una mano sobre el niño.
- Paso 3: Limpie el área del pañal del niño.
- Paso 4: Retire el pañal y la ropa sucia sin contaminar ninguna superficie que no esté ya en contacto con materia fecal u orina.
- Paso 5: Póngale un pañal limpio y vista al niño.
- Paso 6: Lave las manos al niño y llévelo a un área supervisada.
- Paso 7: Limpie y desinfecte la superficie de cambio de pañales. Deseche el papel desechable, si corresponde, en un cubo con tapa, forrado con plástico y operado a manos libres. Si la ropa se ensucia, ate firmemente la bolsa de plástico donde se colocó la ropa para enviarla a casa.
- Paso 8: Lávese las manos y anote el cambio de pañal, el contenido del pañal y/o cualquier problema que hubiere.

Los cuidadores/maestros nunca deben dejar a un niño solo en una mesa o mostrador. No se debe usar una correa o arnés de seguridad en la mesa o superficie de cambio de pañales.

3.2.2.1 Situaciones que requieren la higiene de las manos³

Todo el personal, los voluntarios y los niños deben cumplir con los siguientes procedimientos para el lavado de las manos, como se define en los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU. (*U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC*, sigla en inglés):

- a) A su llegada por el día, después de los descansos, o cuando pasa de un grupo a otro.
- b) Antes y después de:
 - preparar alimentos o bebidas;
 - comer, haber tocado alimentos, o alimentado a un niño;
 - cepillarse o de haber ayudado a un niño a cepillarse los dientes;
 - dar medicamentos o de haber aplicado una pomada o crema médica en un lugar donde pueda haber una grieta en la piel (por ejemplo, llagas, cortaduras o raspaduras);
 - jugar en agua (incluyendo nadar) que es compartida por más de una persona; y
 - cambiar pañales.
- c) Después de:
 - usar el inodoro o de haber ayudado a un niño a usar el inodoro;
 - manejar fluidos corporales (moco, sangre, vómito);
 - tocar a animales o haber limpiado materia fecal o residuos de animales;
 - jugar en la arena, con juguetes de madera y haber estado al aire libre; y
 - limpiar o tocar la basura.

Las situaciones o los momentos en que los niños y el personal deben lavarse las manos deben colocarse en todas las áreas de preparación de alimentos, cambio de pañales, o los baños.

3.3.0.1 Limpieza, higienización y desinfección rutinaria

Los programas deben seguir un horario rutinario de limpieza, higienización y desinfección. No se deben utilizar productos de limpieza, higienización y desinfección en proximidad cercana a los niños y se debe mantener una ventilación adecuada durante su uso.

3.2.3.4 Prevención de la exposición a sangre y fluidos corporales

Los programas de cuidado y educación de la primera infancia deben adoptar el uso de las Precauciones Estándar, desarrolladas por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), para manejar la posible exposición a sangre y otros fluidos potencialmente infecciosos. Se requiere que las personas a cargo del cuidado infantil y los maestros reciban educación acerca de las Precauciones Estándar antes de comenzar a trabajar en el programa y una vez al año a partir de entonces. Para el cuidado basado en un centro, la capacitación debe cumplir con los requisitos de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA, sigla en inglés).

³ Los hogares de cuidado infantil familiar están exentos de publicar estos procedimientos para el lavado de manos, pero deben seguir todos los demás aspectos de este estándar.

3.4.1.1 Uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales

Los directores, cuidadores, voluntarios y el personal no deben estar afectados debido al uso de alcohol, drogas ilegales o medicamentos recetados durante las horas del programa. También se debe prohibir el uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales en el local (tanto en el interior como el exterior) y en todos los vehículos utilizados por el programa en todo momento. En los entornos de cuidado infantil familiar, el tabaco y el alcohol deben fuera del alcance de los niños.

3.4.3.1 Procedimientos de emergencia

Los programas deben tener un procedimiento para responder a situaciones en las que se requiera una respuesta médica de emergencia inmediata. Los procedimientos de emergencia deben publicarse y ser fácilmente accesibles. Se deben mantener las proporciones niño-proveedor y es posible que se necesite llamar a adultos adicionales para mantener la proporción requerida. Los programas deben desarrollar planes de contingencia para situaciones de emergencia o desastre donde quizás no sea posible seguir los procedimientos de emergencia estándar. Todos los proveedores y/o el personal deben estar capacitados para manejar un caso de emergencia, hasta que se disponga de atención médica de emergencia.

3.4.4.1 Reconocer y denunciar sospechas de maltrato, descuido y explotación de menores

Debido a que los cuidadores/maestros están obligados a denunciar el maltrato y descuido de menores, cada programa deberá contar con una política escrita para denunciar casos de maltrato y descuido infantil. La política escrita debe especificar que en cualquier caso donde exista una causa razonable para creer que ha habido maltrato o descuido de menores, la persona que sospeche el maltrato o descuido infantil deberá denunciarlo directamente llamando a la línea telefónica directa para denunciar casos de maltrato de menores, a los servicios de protección de menores o a la policía, según lo exijan las leyes estatales y locales.

3.4.4.3 Prevenir e identificar el síndrome de bebé sacudido y traumatismo craneoencefálico por maltrato

Todos los programas deben contar con una política y un procedimiento para identificar y prevenir el síndrome del bebé sacudido y el traumatismo craneoencefálico por maltrato. Todos los cuidadores/maestros que estén en contacto directo con los niños, incluyendo los cuidadores/maestros sustitutos y voluntarios, deben recibir capacitación sobre cómo prevenir el síndrome del bebé sacudido y el traumatismo craneoencefálico por maltrato; cómo reconocer los signos y síntomas potenciales del síndrome del bebé sacudido y el traumatismo craneoencefálico por maltrato; las estrategias para manejar a un niño que llora, se queja, o que se siente angustiado; y el desarrollo y la vulnerabilidad del cerebro durante el primer año de vida y en la primera infancia.

3.4.5.1 Protección contra el sol, incluyendo protectores solares

Los cuidadores/maestros deben asegurarse de la protección contra el sol para sí mismos y para los niños bajo su supervisión, manteniendo a los bebés menores de seis meses protegidos de la luz solar directa, limitando la exposición al sol cuando los rayos ultravioletas son más fuertes y

aplicando protector solar con el permiso por escrito de los padres/tutores. Se deben seguir siempre las instrucciones del fabricante de tales productos.

3.4.6.1 Riesgo de estrangulación

Los cordones y las cuerdas que son lo suficientemente largos como para que puedan enrollarse alrededor del cuello de un niño, como los que se encuentran en juguetes y cortinas o persianas, no deben estar al alcance de los niños que se encuentran en programas de cuidado y educación de la primera infancia.

3.5.0.1 Plan de cuidados para niños con necesidades especiales de salud

Los niños con necesidades especiales de salud se definen como “. . . aquellos que tienen o corren mayor riesgo de tener una condición crónica física, emocional, del desarrollo o de la conducta que además requieren de servicios de salud y otros servicios relacionados de un tipo o cantidad más allá de lo requerido en general por los niños” (McPherson, 1998).

Cualquier niño que cumpla con estos criterios en un entorno de cuidado y educación de la primera infancia debe tener un plan actualizado de atención rutinaria y de emergencia, completado por su proveedor de atención primaria de la salud con la opinión y los comentarios de los padres/tutores, incluido en su registro de salud en el sitio y fácilmente accesible a las personas que cuidan del niño. Deben utilizarse los recursos comunitarios para garantizar que el personal a cargo del cuidado y la educación de la primera infancia tenga disponible información, capacitación y supervisión adecuadas. Los cuidadores deben recibir capacitación en primeros auxilios y CPR (reanimación cardiopulmonar) pediátricos, que incluya respuestas en casos de emergencia para cualquier niño con necesidades especiales de atención médica.

3.6.1.1 Inclusión, exclusión y envío a casa de los niños

El programa debe notificar a los padres/tutores cuando los niños desarrollen signos o síntomas nuevos de una enfermedad. La notificación a padres/tutores debe ser inmediata en casos urgentes o de emergencia. El personal debe notificar a los padres/tutores de niños con síntomas que requieran su exclusión y los padres/tutores deberán retirar a los niños del entorno de cuidado y educación de la primera infancia tan pronto como sea posible. Para los niños cuyos síntomas no requieran de exclusión, es aceptable dar notificación verbal o por escrito al padre/tutor al final del día. La mayoría de las condiciones que requieren la exclusión no requieren una visita al proveedor de atención primaria de la salud antes de volver de nuevo al entorno de cuidado infantil.

Cuando un niño se enferma, pero no requiere ayuda médica inmediata, se deberá tomar una determinación con respecto a si el niño debe irse a casa. El cuidador/maestro deberá determinar si la enfermedad:

- a) impide que el niño participe cómodamente en las actividades;
- b) resulta en una necesidad de cuidado mayor al que el personal puede proporcionar, sin poner en riesgo la salud y la seguridad de los demás niños;
- c) presenta un riesgo de propagación de enfermedades perjudiciales a otros;
- d) provoca una fiebre y cambio en la conducta u otros signos y síntomas (por ejemplo,

dolor de garganta, sarpullido, vómitos y diarrea). Una temperatura inexplicable por encima de 100° F (37.8° C) (en la axila) en un niño menor de 6 meses debe evaluarse por un médico. Cualquier bebé menor de 2 meses de edad con fiebre debe recibir atención médica inmediata.

Si se cumple cualquiera de los criterios anteriores, el niño debe ser retirado del contacto directo con otros niños y debe ser controlado y supervisado por un miembro del personal conocido por el niño hasta ser entregado al cuidado de un padre/tutor, proveedor de atención primaria de la salud, u otra persona designada por los padres. El departamento de salud local o estatal será capaz de proporcionar guías o directrices específicas para la exclusión.

3.6.1.4 Control de brotes de enfermedades infecciosas

Durante el curso de un brote identificado de cualquier enfermedad de notificación obligatoria dentro del programa, se debe excluir al niño o miembro del personal si el funcionario del departamento de salud local o proveedor de atención primaria de la salud sospecha que el niño o miembro del personal que está contribuyendo a la transmisión de la enfermedad no está vacunado adecuadamente, cuando hay un brote de una enfermedad prevenible mediante vacuna, o el patógeno circulante presenta un mayor riesgo para la persona. El niño o miembro del personal deberá ser readmitido cuando el funcionario del departamento de salud o proveedor de atención primaria de la salud que tomó la determinación inicial decida que el riesgo de transmisión ya no está presente. Se debe notificar a los padres/tutores de cualquier determinación.

3.6.3.1/3.6.3.2 Administración y almacenamiento de medicamentos

La administración de medicamentos en la instalación debe limitarse a:

- a) Los medicamentos con o sin receta médica ordenados por el profesional médico que lo receta para un niño específico con el permiso por escrito de los padres/tutores. Los medicamentos recetados deberán etiquetarse con el nombre del niño; la fecha en que se abasteció la receta; el nombre y la información de contacto del profesional médico que lo recetó; la fecha de caducidad; la necesidad médica; las instrucciones de administración, el almacenamiento y desecho; y el nombre y la potencia del medicamento.
- b) Los medicamentos etiquetados (sin receta), traídos a una instalación de cuidado y educación de la primera infancia por un padre/tutor en el envase original. La etiqueta debe incluir el nombre del niño; dosificación; advertencias pertinentes y específicas; e instrucciones legibles de administración, almacenamiento y desecho.

Los programas nunca deben administrar a un niño el medicamento recetado para otro. Se requiere documentación de que el medicamento/agente se administra al niño según las indicaciones recetadas. No se debe utilizar el medicamento después de la fecha de caducidad. Los medicamentos que no se utilicen deben devolverse al padre/tutor para su desecho.

Todos los medicamentos, refrigerados o no refrigerados, deben tener tapas a prueba de niños; almacenarse alejados de los alimentos, a una temperatura adecuada y estar fuera del alcance de los niños.

3.6.3.3 Capacitación de cuidadores/maestros para administrar medicamentos

Cualquier cuidador/maestro que administre medicamentos debe completar un curso de capacitación estandarizado que incluya la evaluación de la habilidad y la aptitud en la administración de medicamentos. El curso debe repetirse de acuerdo con los reglamentos estatales y/o locales y debe ser impartido por un profesional capacitado. La habilidad y aptitud deben supervisarse cuando se produce un error en la administración de los medicamentos.

Nutrición y servicios alimenticios

4.2.0.3 Uso de las directrices del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de EE.UU. (U.S. Department of Agriculture, Child and Adult Care Food Program, USDA CACFP, sigla en inglés)

Los programas deben servir alimentos nutritivos y suficientes que cumplan con los requisitos para las comidas del componente de cuidado infantil del USDA CACFP, como se indica en 7 CFR 226.20.

4.2.0.6 Disponibilidad de agua potable

Debe haber agua potable limpia e higiénica fácilmente accesible en las zonas interiores y exteriores de la instalación, durante todo el día. Durante los días muy calurosos, a los bebés que reciban leche materna de un biberón se les podrá dar leche materna adicional y a los que reciban fórmula infantil mezclada con agua se les podrá dar más fórmula infantil mezclada con agua. A los bebés no se les debe dar agua, especialmente en los primeros 6 meses de vida.

4.2.1.10 Cuidado de niños con alergias a los alimentos

Cada niño con alergia a algún alimento debe tener un plan de cuidado por escrito que incluya:

- a) instrucciones sobre el alimento o alimentos a los que el niño es alérgico y los pasos que se deben tomar para evitar esos alimentos;
- b) un plan de tratamiento detallado que se aplicará en el caso de una reacción alérgica, incluyendo los nombres, dosis y métodos de administración puntual de cualquier medicamento. El plan debe incluir los síntomas específicos que indicarían la necesidad de administrar uno o más de estos medicamentos.

En base al plan de cuidado del niño y antes de atender al niño, los cuidadores/maestros deben recibir capacitación, demostrar su competencia y aplicar medidas para:

- a) prevenir la exposición a la(s) comida(s) específica(s) a la cual el niño es alérgico;
- b) reconocer los síntomas en caso de una reacción alérgica;
- c) tratar las reacciones alérgicas.

El plan por escrito del cuidado del niño, un teléfono móvil y los medicamentos correctos para el tratamiento adecuado, si el niño desarrolla una reacción alérgica aguda, deben tenerse a la mano rutinariamente durante las excursiones o transporte fuera del entorno de cuidado y educación de la primera infancia.

El programa debe notificar inmediatamente a los padres/tutores de cualquier sospecha de reacción alérgica, así como de la ingestión de la comida problemática o contacto con la misma, incluso si no se produjo una reacción. El programa debe comunicarse inmediatamente con el sistema de servicios médicos de emergencia cuandoquiera que se haya administrado la epinefrina.

Las alergias a alimentos de cada niño deben exhibirse en lugares claves en el aula y/o donde se sirve comida con el permiso de los padres/tutores.

4.3.1.3 Preparación, alimentación y almacenamiento de leche materna

Los programas deben desarrollar y seguir procedimientos para la preparación y el almacenamiento de la leche materna expresada que garantice la salud y la seguridad de todos los bebés, como lo indica la Revisión de 2010 del Protocolo Núm. 8 de la Academia de Medicina de Lactancia Materna (Academy of Breastfeeding Medicine) y prohíba el uso de la fórmula infantil, para un bebé que toma leche materna, sin el consentimiento de los padres. El biberón o recipiente debe estar debidamente etiquetado con el nombre completo del bebé y la fecha y sólo se le debe dar al niño especificado. La leche materna que no se use debe entregarse a los padres en el biberón o recipiente correspondiente.

4.3.1.5 Preparación, alimentación y almacenamiento de fórmulas infantiles

Los programas deben desarrollar y seguir procedimientos para la preparación y el almacenamiento de fórmula infantil que garantice la salud y la seguridad de todos los bebés. La fórmula infantil proporcionada por los padres/tutores o programas debe venir en envases sellados. El cuidador/maestro siempre debe seguir las instrucciones de los padres o del fabricante en la mezcla y el almacenamiento de cualquier preparación de fórmula infantil. Si las instrucciones no se encuentran fácilmente disponibles, los cuidadores/maestros deben obtener información de las directrices de la Organización Mundial de la Salud para la preparación, el almacenamiento y la manipulación de las fórmulas en polvo para los bebés. Los biberones de fórmula infantil preparada o lista para usar deben estar etiquetadas con el nombre completo del niño, la hora y fecha de preparación. La fórmula infantil preparada debe desecharse diariamente si no se utiliza.

4.3.1.9 Calentamiento de biberones y alimentos de los bebés

Los biberones y alimentos para los bebés pueden servirse fríos del refrigerador y no tienen que calentarse. Si un cuidador/maestro opta por calentarlos, o uno de los padres solicita que se caliente, los biberones deben calentarse bajo un chorro de agua caliente del grifo, usando un calentador comercial de biberones, por métodos de calentamiento en la estufa/cocina o un aparato de cocción lenta, o colocándolos en un recipiente de agua tibia. Los biberones nunca deben calentarse en el microondas. Los dispositivos de calentamiento nunca deben estar al alcance de los niños.

4.5.0.10 Alimentos que representan riesgo de asfixia

Los cuidadores/maestros no deben ofrecer a los niños menores de 4 años de edad alimentos que estén asociados con incidentes de asfixia en niños pequeños. Los alimentos para bebés

deben cortarse en pedazos de ¼ de pulgada o más pequeños y la comida para los niños pequeños debe cortarse en trozos de ½ pulgada o más pequeños, para evitar que se atraganten. Los niños deben ser supervisados mientras comen, para verificar el tamaño de los alimentos y asegurarse de que estén comiendo adecuadamente.

4.8.0.1 Acceso al área de preparación de alimentos

El acceso a las áreas donde se prepara la comida caliente sólo debe permitirse cuando los niños están bajo la supervisión de adultos calificados para seguir los procedimientos de salubridad y seguridad.

4.9.0.1 Cumplimiento del Código Alimentario de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA, sigla en inglés) y de las reglas estatales y locales

El programa debe atenerse a las partes aplicables del Código Alimentario de la FDA y a todas las normas y reglamentos estatales y locales para el servicio de alimentos de los centros y hogares de cuidado infantil familiar, sobre las prácticas seguras de protección y salubridad de los alimentos.

Instalaciones, suministros, equipo y salud ambiental

5.1.1.2 Inspección de edificios

Las edificaciones existentes y/o recientemente construidas, renovadas, remodeladas, o alteradas deben ser inspeccionadas por un inspector de edificios para garantizar el cumplimiento de los códigos estatales y locales de construcción y de los incendios, antes de que el edificio pueda utilizarse con el propósito de ofrecer servicios de cuidado y educación de la primera infancia.

5.1.1.3 Cumplimiento del código de prevención de incendios

Los programas deben cumplir con un código de prevención de incendios aprobado por el estado o reconocido a nivel nacional, como por ejemplo, el Código de Seguridad Humana 101 de la Asociación Nacional de Protección contra Incendios (National Fire Protection Association) (NFPA 101, sigla en inglés).

5.1.1.5 Auditoría ambiental en el local del sitio

Debe llevarse a cabo una auditoría ambiental antes de construir un nuevo edificio; renovar u ocupar un edificio antiguo; o después de un desastre natural para evaluar adecuadamente y, si es necesario, remediar o evitar los sitios donde la salud de los niños pudiera verse comprometida. Se debe mantener en el archivo un informe escrito que incluya las medidas correctivas adoptadas. La auditoría debe incluir la evaluación de:

- a) contaminación potencial del aire, la tierra y el agua en el interior de lugares del programa y los espacios de juego al aire libre;
- b) materiales potencialmente tóxicos o peligrosos en la construcción de edificios, como el plomo y el amianto/asbestos; y
- c) posibles riesgos de seguridad en la comunidad que rodea el sitio.

5.1.6.6 Barandillas y barreras protectoras

Se deben proporcionar barandillas o barreras protectoras, tales como puertas para bebés, en

los lados abiertos de las escaleras, rampas y otras superficies de tránsito (por ejemplo, los descansillos o rellanos, balcones, porches) en los cuales haya una distancia vertical de más de 30 pulgadas de caída.

5.2.4.2 Cubiertas de seguridad y dispositivos de protección contra choques eléctricos para tomacorrientes

Todos los tomacorrientes o enchufes eléctricos accesibles deben ser "enchufes eléctricos de seguridad" que contengan mecanismos de obturación internos para evitar que los niños coloquen objetos en los receptáculos. En los entornos que no cuenten con "enchufes eléctricos de seguridad", estos puntos deben tener "tapas o cubiertas de seguridad" que se adhieren al enchufe mediante un tornillo u otros medios para evitar una fácil extracción por parte de un niño. También se pueden usar "enchufes de seguridad" si los niños no pueden quitarlos fácilmente de las tomas y no representan un riesgo de asfixia.

5.2.4.4 Ubicación de los dispositivos eléctricos cerca del agua

Ningún dispositivo o aparato eléctrico accesible a los niños debe estar ubicado de manera que se pueda conectar a una toma de corriente eléctrica mientras una persona esté en contacto con una fuente de agua, como por ejemplo el lavabo, la bañera, la zona de ducha, una mesa de agua o piscina.

5.2.8.1 Manejo integrado de plagas

Los programas deben adoptar un programa de manejo integrado de plagas para garantizar una supresión de plagas ecológicamente racional a largo plazo, a través de una serie de prácticas que incluyen la exclusión de plagas, el saneamiento y control del desorden y la eliminación de condiciones propicias para infestaciones de plagas.

5.2.9.1 Uso y almacenamiento de sustancias tóxicas

Todas las sustancias tóxicas deben ser inaccesibles a los niños y no deben utilizarse cuando los niños están presentes. Las sustancias tóxicas deben utilizarse según las recomendaciones del fabricante y deben almacenarse en los envases etiquetados originales. El número de teléfono del centro de toxicología/de control de envenenamiento (Poison Control Center) debe ser publicado y estar fácilmente accesible en situaciones de emergencia.

5.2.9.5 Detectores de monóxido de carbono

Los programas deben cumplir con las leyes estatales o locales con respecto a los detectores de monóxido de carbono, incluyendo aquellas circunstancias en las que los detectores sean necesarios. Los detectores deberán verificarse mensualmente y las pruebas deberán documentarse. Las baterías deben cambiarse al menos una vez al año. Los detectores deben reemplazarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

5.3.1.1/5.5.0.6/5.5.0.7 Seguridad de los equipos, materiales y muebles

Los equipos, materiales, muebles y áreas de juego deben ser robustos, seguros, estar en buen estado y cumplir con las recomendaciones de la CPSC. Los programas deben prestar atención, sin limitaciones, a los siguientes riesgos de seguridad:

- a) aberturas que pudieran atrapar la cabeza o las extremidades de un niño;
- b) superficies elevadas sin protectores adecuados;

- c) falta de revestimiento especificado y zonas de caídas debajo y alrededor de equipos para trepar;
- d) equipos con tamaños y diseños incompatibles con los usuarios previstos;
- e) separación insuficiente entre los equipos;
- f) riesgos de tropiezo;
- g) componentes que pueden pellizcar, penetrar, o aplastar los tejidos del cuerpo;
- h) equipo que se conoce como peligroso;
- i) puntos o esquinas afiladas;
- j) astillas;
- k) clavos, tornillos u otras piezas sobresalientes que puedan enredarse o engancharse en la ropa o la piel;
- l) piezas sueltas oxidadas;
- m) piezas pequeñas peligrosas que puedan llegar a separarse durante el uso normal o abuso razonablemente previsible del equipo y que presentan un riesgo de asfixia, aspiración, o ingestión para un niño;
- n) riesgos de estrangulación (por ejemplo, correas, cadenas, etc.);
- o) descamación de pintura;
- p) pintura que contiene plomo u otros materiales peligrosos; y
- q) riesgos de tropiezo como cofres, estanterías y televisores.

Las bolsas de plástico lo suficientemente grandes como para suponer un riesgo de asfixia, así como fósforos, velas y encendedores deben estar fuera del alcance de los niños.

5.3.1.12 Disponibilidad y uso de un teléfono o aparato de comunicación inalámbrica

Se deberá disponer en todo momento de por lo menos un teléfono sin pago o aparato de comunicación inalámbrica en buen funcionamiento para el uso general y de emergencia en las instalaciones del programa de cuidado infantil, en cada vehículo utilizado para el transporte de niños y durante las excursiones. Al transportar a los niños, los conductores no deben operar un vehículo motorizado mientras utilizan un teléfono móvil o aparato de comunicación inalámbrica mientras el vehículo esté en movimiento o se encuentre en tráfico.

5.4.5.2 Cunas y corralitos

Antes de comprar y usar cunas y corrales, se debe verificar que estén en conformidad con los estándares actuales de seguridad de CPSC y ASTM International, que incluyen ASTM F1169-10a Especificación Estándar de Seguridad del Consumidor para cunas de bebés de tamaño regular, ASTM F406-13, Especificación Estándar de Seguridad del Consumidor para cunas de bebé de tamaño no regular/corrales, o el CPSC 16 CFR 1219, 1220 y 1500, Estándares de Seguridad para cunas de bebés de tamaño regular y cunas de bebés de tamaño no regular; Disposición final.

Los programas sólo deben usar las cunas para dormir y deben garantizar que cada cuna sea un ambiente de sueño seguro tal y como lo define la Academia Americana de Pediatría. Cada cuna debe estar etiquetada y debe utilizarse solo para el uso exclusivo del bebé. Las cunas y colchones deben limpiarse completamente a fondo y desinfectarse antes de ser asignados para

el uso de otro niño. Los bebés no deben colocarse en las cunas con objetos que pudieran representar un riesgo de estrangulación o asfixia. Las cunas deben colocarse lejos de las persianas o cortinas.

5.5.0.8 Armas de fuego

Los programas basados en centros no deben tener armas de fuego o ningún otro tipo de arma en las instalaciones, en ningún momento. Si existen armas de fuego en un hogar de cuidado infantil familiar, se deberá notificar a los padres y estas armas deberán estar descargadas, equipadas con dispositivos de protección contra menores y mantenerse guardadas bajo llave con la munición guardada bajo llave por separado en áreas inaccesibles a los niños. Se debe informar a los padres/tutores acerca de esta regla.

5.6.0.1: Artículos de primeros auxilios y emergencia

La instalación deberá mantener al día los artículos de primeros auxilios y de emergencia en cada lugar donde se preste cuidado a los niños. El botiquín o los artículos de primeros auxilios deben mantenerse en un recipiente cerrado, gabinete, o cajón etiquetado y almacenarse en un sitio conocido por todo el personal y accesible al personal en todo momento, pero bloqueado o de otro modo inaccesible para los niños. Cuando los niños salgan de la instalación a dar un paseo o sean transportados, un miembro designado del personal deberá llevar un kit/botiquín transportable de primeros auxilios. Además, debe colocarse un kit transportable de primeros auxilios en cada vehículo que se utilice para transportar a los niños al y desde el programa. Los kits o artículos de primeros auxilios deben reabastecerse después de cada uso.

Áreas de juego/parques infantiles y transporte

6.1.0.6/6.1.0.8/6.3.1.1 Ubicación de las áreas de juego cerca de masas de agua/recintos para las áreas de juego al aire libre/recintos para masas de agua

El área de juegos al aire libre debe estar cerrada con una cerca o con barreras naturales. Las cercas y barreras no deben impedir la supervisión de los niños por parte de los cuidadores/maestros. Si se utiliza una cerca, esta debe estar en buenas condiciones y cumplir con todos los códigos de edificación aplicables con respecto a la altura y la construcción. Estas áreas deben tener al menos 2 salidas y al menos una de ellas debe estar alejada de los edificios.

Los portones deben estar equipados con mecanismos de cierre y trabado positivo automático que estén lo suficiente altos, o que sean de tal tipo que los niños no puedan abrirlo. Las aberturas en la cerca y en los portones no deben exceder 3 ½ pulgadas. La cerca y las puertas deben estar construidas de manera tal que desalienten ser escaladas. Las áreas de juego al aire libre deben estar libres de masas de agua inseguras. Si se encuentran presente, todas las masa de agua que supongan un riesgo deberán ser inaccesibles para los niños sin supervisión y estar cercadas con una valla de 4 a 6 pies de altura o más y estar a menos de 3 ½ pulgadas del suelo.

6.2.3.1 Superficies prohibidas para colocar equipos para trepar

No se debe colocar un equipo para trepar sobre o inmediatamente al lado de superficies duras que no hayan sido destinadas como superficie de equipos para trepar. Todas las piezas del

equipo de juegos deben colocarse sobre un material amortiguador que sea, o bien tipo unitario, o de relleno suelto y que se extienda más allá del perímetro del equipo estacionario. No se deben utilizar materiales orgánicos que propaguen la propagación de mohos y bacterias. Esta regla es aplicable tanto si el equipo se encuentra instalado al aire libre como en las áreas interiores. Los programas deben seguir las directrices de CPSC y los estándares F1292-13 y F2223-10 de ASTM International.

6.2.5.1 Inspección de las áreas y equipos de juego interiores y al aire libre

Las áreas y los equipos de juego interiores y exteriores deben inspeccionarse diariamente para garantizar la salud y seguridad básicas, incluyendo, entre otros, lo siguiente:

- a) partes faltantes o rotas;
- b) tuercas y tornillos que sobresalgan;
- c) óxido/herrumbre y pintura descascarada;
- d) bordes afilados, astillas y superficies rugosas;
- e) la estabilidad de las agarraderas;
- f) grietas visibles;
- g) la estabilidad de los equipos de juego grandes no anclados/fijados (por ejemplo, las casitas de juego);
- h) el desgaste y deterioro
- i) vandalismo o basura

Cualquier problema debe corregirse antes de que los niños utilicen el parque infantil.

6.3.2.1 Equipo salvavidas

Cada piscina de más de 6 pies de ancho, longitud o diámetro debe tener provisto un aro flotante y una cuerda, un tubo de rescate o una línea de lanzamiento y un bastón con gancho que no transmita electricidad. Este equipo debe ser lo suficientemente largo y debe llegar al centro de la piscina desde el borde de la piscina, debe mantenerse en buen estado y almacenarse de forma segura y práctica para el acceso inmediato. Los cuidadores/maestros deben estar capacitados en el uso correcto de este equipo. Los niños deben estar familiarizados con el uso de los equipos de acuerdo a sus niveles de desarrollo.

6.3.5.2 Agua en contenedores

Las bañeras, baldes o cubos, cubos de pañales y otros recipientes abiertos con agua deben vaciarse inmediatamente después de su uso.

6.5.1.2 Cualificaciones de los conductores

Además de cumplir con las normas de verificación general de los antecedentes del personal, cualquier conductor o miembro del personal de transporte que transporte a los niños para cualquier fin, debe tener:

- a) una licencia de conducir válida que autorice al conductor a operar el tipo de vehículo que conduce;
- b) un historial de conducción segura por más de 5 años, sin accidentes en los que se haya emitido una multa, según lo demuestran los expedientes del Departamento de Vehículos Automotores (*Department of Motor Vehicles*) del estado;

- c) ningún consumo de alcohol, drogas o cualquier sustancia que pudiera afectar las habilidades, antes o durante la conducción;
- d) ningún consumo de tabaco durante la conducción;
- e) ninguna condición médica que pueda comprometer la capacidad de conducción, supervisión o evacuación;
- f) certificado válido de CPR y de primeros auxilios para niños si se va a transportar a niños por sí solos.

El número de licencia del conductor y la fecha de vencimiento, información del seguro del vehículo y la verificación de inspección estatal de vehículos actual deben estar archivados en la instalación.

6.5.2.2 Seguridad niños pasajeros

Cuando se transporten niños en un vehículo que no sea un autobús, todos los niños se deben transportar únicamente si están sujetos a un asiento de seguridad para vehículos adecuado al desarrollo, asiento elevado para niños, cinturón de seguridad o arnés adaptado al peso y a la edad del niño, de conformidad con las leyes y los reglamentos estatales y federales. El niño debe estar bien sujeto, de acuerdo con las instrucciones del fabricante. El sistema de retención para niños debe cumplir con los estándares federales de seguridad de vehículos automotores que figuran en la Sección 571.213 del Título 49 del Código de Reglamentos Federales (49 CFR 571.213) y tener un aviso del cumplimiento. Los sistemas de retención para niños deben instalarse y utilizarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante y deben estar colocados solamente en los asientos traseros.

Los asientos infantiles de seguridad para vehículos deben reemplazarse si han sido retirados del mercado, ya han pasado la fecha de vencimiento del fabricante ("fecha de uso") o han estado involucrados en un accidente que cumpla con los criterios de gravedad de accidentes del Departamento de Transporte de EE.UU. o los criterios del fabricante para el reemplazo de los asientos después un accidente.

Si el programa utiliza un vehículo que cumple con la definición de un autobús escolar y el autobús escolar tiene sistemas de retención de seguridad, lo siguiente será aplicable:

- a) el autobús escolar debe permitir poder colocar sillas de ruedas con cuatro puntos de amarre fijados de acuerdo con las instrucciones del fabricante en una dirección orientada hacia adelante;
- b) el ocupante de la silla de ruedas debe estar amarrado con un sistema de retención de empalme de tres puntos durante el transporte;
- c) los autobuses escolares deben estar listos en todo momento para transportar niños que deban viajar en sillas de ruedas;
- d) se deben seguir las especificaciones del fabricante para garantizar el cumplimiento de los requisitos de seguridad.

6.5.2.4 Temperatura interior de los vehículos

El interior de los vehículos que se utilizan para el transporte de niños en excursiones y actividades fuera del programa debe mantenerse a una temperatura agradable para los niños.

Todos los vehículos deben estar bajo llave cuando no estén en uso, se deben hacer conteos de los niños antes y después del transporte a fin de evitar que un niño se quede en un vehículo y nunca se deben dejar a los niños desatendidos en un vehículo.

6.5.3.1 Camionetas de pasajeros

Los programas de cuidado y educación de la primera infancia que proporcionen transporte a niños, padres/tutores, personal y otras personas para el fin que sea, deben evitar utilizar camionetas de 15 pasajeros cuando sea posible.

Enfermedades infecciosas

7.2.0.1 Documentación de inmunizaciones

Los programas deben requerir que todos los padres/tutores de los niños inscritos proporcionen documentación escrita de haber recibido las vacunas adecuadas de acuerdo a la edad de cada niño. Los bebés, niños y adolescentes deben ser inmunizados como se especifica en los “Calendarios de Vacunación Recomendados para Personas de 0 a 18 Años de Edad”, desarrollados por el Comité Asesor Sobre Prácticas de Inmunización de los CDC, la Academia Americana de Pediatría y la Academia Americana de Médicos de Familia. Los niños cuyas vacunas no se encuentren al día, o que no se hayan administrado de acuerdo con el programa recomendado deberán recibir las vacunas requeridas, salvo que esté contraindicado o por excepciones legales.

7.2.0.2 Niños que no han sido inmunizados

Si las vacunas no se han administrado o no han de administrarse debido a una condición médica, deberá constar en el archivo una declaración del proveedor primario de atención de la salud del niño que documente la razón por la cual el niño está temporal o permanentemente, médicamente exento de los requisitos de inmunización. Si las vacunas no se han administrado debido a las creencias religiosas o filosóficas de los padres/tutores, deberá constar en el archivo una exención legal con certificación notarial, excepción, o cualquier documentación requerida específica al estado firmada por el padre/tutor. Los padres/tutores de un bebé inscrito o en proceso de inscripción que no haya sido inmunizado debido a su edad, deben ser informados cuando haya niños a cargo del cuidado que no han recibido las vacunas de rutina debido a una excepción.

El padre/tutor de un niño que no ha recibido las vacunas apropiadas para su edad antes de la inscripción y que no tenga excepciones médicas, religiosas o filosóficas documentadas contra las vacunas infantiles rutinarias, deberá proporcionar la documentación de una cita programada o arreglo para recibir las vacunas. Los niños que se encuentren en hogares de acogida/adopción temporal o que estén experimentando carencia de hogar, según se define en la Ley McKinney-Vento, deberán recibir servicios mientras los padres/tutores toman las medidas necesarias para cumplir con los requisitos de inmunización del programa. Deberá iniciarse un plan de inmunización y vacunas de actualización tras la inscripción y deberá completarse tan pronto como sea posible.

Si surge una enfermedad prevenible mediante vacuna a la que los niños son susceptibles, potencialmente exponiendo a los niños no vacunados que son susceptibles a dicha enfermedad, se deberá consultar al departamento de salud para determinar si estos niños deben excluirse por la duración de la posible exposición, o hasta que se hayan completado las vacunas apropiadas. El departamento de salud local o estatal podrá proporcionar directrices para los requisitos de exclusión.

7.2.0.3 Inmunización de los cuidadores/maestros

Los cuidadores/maestros deben estar al día con todas las inmunizaciones recomendadas rutinariamente para los adultos por el Comité Asesor Sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), como se muestra en el "Calendario de Vacunación Recomendado para Adultos" en las siguientes categorías:

- a) las vacunas recomendadas para todos los adultos que cumplan con los requisitos de edad y que carezcan de evidencia de inmunidad (es decir, carecen de documentación de la vacunación, o no tienen evidencia de una infección previa); y
- b) se recomienda si un factor de riesgo específico está presente.

Si un miembro del personal no se encuentra adecuadamente inmunizado por razones médicas, religiosas o filosóficas, el programa debe requerir documentación por escrito de dicha razón. Si una enfermedad prevenible por vacunación a la que los adultos son susceptibles se produce en la instalación, potencialmente exponiendo a los adultos no inmunizados que son susceptibles a dicha enfermedad, se debe consultar al departamento de salud para determinar si estos adultos deben excluirse por la duración de la posible exposición o hasta que se hayan completado las vacunas apropiadas. El departamento de salud local o estatal será capaz de proporcionar las directrices para los requisitos de exclusión.

Políticas

9.2.4.1 Plan escrito y capacitación para el manejo de la atención médica de urgencia o incidentes amenazantes

El programa debe tener un plan escrito para denunciar y manejar cualquier incidente o suceso inusual que amenace la salud, la seguridad o el bienestar de los niños, el personal o los voluntarios. También deben incluirse los procedimientos de capacitación para los cuidadores/maestros y el personal. Se debe abordar la administración, documentación y reporte de los siguientes tipos de incidentes:

- a) pérdida o desaparición de un menor;
- b) sospecha de maltrato de un niño (véase también los mandatos estatales para hacer denuncias);
- c) sospecha de abuso sexual, físico o emocional del personal, voluntarios o miembros de la familia que se producen mientras se encuentran en las instalaciones del programa;
- d) lesiones de los niños que requieran atención médica o dental;
- e) enfermedades o lesiones que requieran hospitalización o tratamiento de emergencia;
- f) emergencias de salud mental;

- g) emergencias de salud y seguridad relacionadas con los padres/tutores y los visitantes del programa;
- h) la muerte de un niño o miembro del personal, incluyendo una muerte que fue el resultado de una enfermedad grave o lesión que se produjo en las instalaciones del programa de cuidado y educación de la primera infancia, incluso si la muerte ocurrió fuera de las horas del cuidado y educación de primera infancia;
- i) la presencia de una persona peligrosa que intenta o logra acceder a la instalación.

9.2.4.3/9.2.4.5 Planificación, capacitación y comunicación de desastres/ simulacros de emergencias y evacuación

Los programas de cuidado y educación de la primera infancia deben considerar como prepararse y responder ante situaciones de emergencia o desastres naturales que puedan requerir de evacuación, cierre o refugio en el lugar y tener los correspondientes planes por escrito. Los planes por escrito deben exhibirse en cada salón de clases y áreas utilizadas por los niños. Los siguientes temas deben abordarse, incluyendo, entre otros: simulacros de práctica regularmente programados, procedimientos para la notificación y actualización de los padres y el uso de las listas diarias de clase para verificar la asistencia de los niños y el personal durante una emergencia o simulacro al reunirse en un espacio seguro después de la salida y al regreso al programa. Se deben registrar todos los simulacros.

9.2.4.7 Sistema de registro de entrada y salida⁴

Los programas deben tener un sistema de registro de entrada y salida para llevar un control de quién entra y sale de la instalación. El sistema debe incluir el nombre, número de teléfono, la relación con las instalaciones (por ejemplo, padre/tutor, vendedor, invitado, etc.) y la hora en que se registró la entrada y la salida.

9.2.4.8 Las personas autorizadas para recoger al niño

Los niños sólo pueden ser entregados a adultos autorizados por los padres o tutores legales cuya identidad haya sido verificada por medio de una identificación con fotografía. Los nombres, direcciones y números de teléfono de las personas autorizadas para recoger al niño deben obtenerse durante el proceso de inscripción y deben ser revisados con regularidad, junto con una aclaración y/o documentación de cualquier problema de custodia/mandatos judiciales. El/los tutor(es) legal(es) del niño deben establecerse y documentarse en ese momento.

9.4.1.12 Registro de licencia válida, certificado o inscripción de instalación u hogar de cuidado infantil familiar

Todas las instalaciones y/u hogares de cuidado infantil familiar, deben tener una licencia válida, un certificado o documentación del registro de la operación, tal y como lo exigen las leyes locales y/o estatales.

⁴ Los programas de cuidado infantil familiar están exentos.

9.4.2.1 Contenido de los expedientes de los niños

Los programas deben mantener un archivo confidencial para cada niño en un lugar central en el sitio y debe estar inmediatamente disponible para los cuidadores/maestros del niño (quienes deben contar con el consentimiento de los padres/tutores para acceder a los expedientes), los padres/tutores del niño y la autoridad de concesión de licencias a petición.

El expediente de cada niño debe incluir lo siguiente:

- a) la información de inscripción previa a la admisión;
- b) el acuerdo de admisión firmado por el padre/tutor durante la inscripción;
- c) las evaluaciones iniciales y actualizadas de atención de la salud, completadas y firmadas por el proveedor de atención primaria de la salud del niño, en base a la última visita del niño sano;
- d) el historial de salud que ha completado el padre/tutor durante la admisión;
- e) el registro de medicamentos;
- f) el formulario de autorización para la atención médica de emergencia;
- g) los resultados de las pruebas de cribado del desarrollo y de la conducta;
- h) el registro de personas autorizadas para recoger al niño;
- i) los formularios de consentimiento informado por escrito firmados por el padre/tutor permitiendo al programa compartir los registros de salud del niño con otros proveedores de servicios.

10.4.2.1 Frecuencia de las inspecciones para los centros de cuidado infantil y hogares de cuidado infantil familiar

Los inspectores responsables por la autorización de licencias o el personal de supervisión deberán realizar inspecciones en el sitio para medir el cumplimiento del programa con los estándares de salud y seguridad y las normas contra los incendios antes de emitir una licencia inicial y no menos de una inspección no anunciada cada año a partir de entonces para garantizar el cumplimiento de los reglamentos. Deberán llevarse a cabo inspecciones adicionales si así lo exige el programa para lograr el cumplimiento satisfactorio o si se cierra el programa en cualquier momento. El número de inspecciones no debe incluir las inspecciones realizadas con el propósito de investigar quejas. Las quejas deben investigarse con prontitud, según la gravedad de la denuncia. Los estados deben publicar los resultados de las inspecciones para la concesión de licencias, incluyendo las quejas, en Internet para revisión de los padres y el público en general. Los padres/tutores deben tener fácil acceso a las normas de concesión de licencias y ser informados sobre cómo denunciar quejas a la oficina de autorización de licencias.

Un número suficiente de inspectores de licencias deben tener la cualificación necesaria para inspeccionar los programas de cuidado y educación de la primera infancia y estar capacitados en los requisitos relacionados de salud y seguridad, entre otros requisitos de la licencia estatal.

Recursos (en inglés) consultados en la creación de este documento

American Academy of Pediatrics, American Public Health Association, National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education. (2011). Caring for our children: National health and safety performance standards; Guidelines for early care and education programs. 3rd edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; Washington, DC: American Public Health Association. [Academia Americana de Pediatría, Asociación Americana de Salud Pública, Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación de la Primera Infancia. (2011). El Cuidado de Nuestros Niños: Estándares Nacionales de Desempeño de la Salud y la Seguridad; Guías para Programas de Cuidado y Educación de la Primera Infancia. 3ª edición. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; Washington, DC: Asociación Americana de la Salud Pública.] <http://nrckids.org>

American Academy of Pediatrics, American Public Health Association, National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education. (2013). Stepping Stones to Caring for Our Children, Third Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; Washington, DC: American Public Health Association. [Academia Americana de Pediatría, Asociación Americana de la Salud Pública, Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación de la Primera Infancia. (2013). Peldaños en el Cuidado de Nuestros Niños, Tercera Edición. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; Washington, DC: Asociación Americana de la Salud Pública]. También disponible en <http://nrckids.org/index.cfm/products/stepping-stones-to-caring-for-our-children-3rd-edition-ss3/>

ASTM International.

<http://www.astm.org/>

California Child Care Healthy Program. (2014). Health and Safety Checklist for Early Care and Education Providers: Based on Caring for Our Children National Health and Safety Performance Standards, Third Edition. [Programa de Cuidado Infantil Saludable de California. (2014). Lista de Verificación de la Salud y la Seguridad para Proveedores de Cuidado y Educación de la Primera Infancia: Basado en 'El Cuidado de Nuestros Niños: Estándares Nacionales de Desempeño de la Salud y la Seguridad', Tercera Edición.] http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/Checklists/HS_Checklist_User%20Manual.pdf

Child Care Development Block Grant Act of 2014. [Ley de Bloques de Fondos para el Desarrollo del Cuidado Infantil de 2014]. <http://www.acf.hhs.gov/programs/occ/ccdf-reauthorization>

Fiene, Richard. (2014). *Key Indicators from Stepping Stones, Third Edition.* [Indicadores Claves de Peldaños, Tercera Edición] <http://rikoinstitute.wikispaces.com/file/view/77SS3KI+2013.pdf>

McPherson, M., Arango, P., Fox, H., Lauver, C., McManus, M., Newacheck, P., Perrin, J., Shonkoff, J., Strickland, B. (1998). *A new definition of children with special health care needs. Pediatrics* [Una nueva definición de niños con necesidades especiales de salud. *Pediatría*], 102(1):137–140.

National Association for the Education of Young Children Early Childhood. (2014). NAEYC Accreditation Standards and Criteria. [Asociación Nacional de la Educación de Niños Pequeños, Primera Infancia. (2014). Estándares Criterios de Acreditación de NAEYC] <http://www.naeyc.org/academy/primary/viewstandards>

National Fire Protection Association [Asociación Nacional de Protección contra Incendios] <http://www.nfpa.org/>

National Association of Family Child Care Accreditation. (2013). Quality Standards for National Association of Family Child Care Accreditation, Fourth Edition [Asociación Nacional de Acreditación del Cuidado Infantil Familiar. (2013). Estándares de Calidad de la Asociación Nacional de Acreditación del Cuidado Infantil Familiar, Cuarta Edición (2013)]. <http://www.nafcc.org/file/35a7fee9-1ccf-4557-89d4-973daf84a052>

Office of Child Care’s National Center on Child Care Quality Improvement and National Association for Regulatory Administration. (2013). Research Brief #1 Trends in Child Care Center Licensing Regulations and Policies for 2011. [Centro Nacional para la Mejora de la Calidad del Cuidado Infantil de la Oficina de Cuidado Infantil y la Asociación Nacional de Administración Reguladora. (2013). Breve Verificación N° 1 de Tendencias en los Reglamentos y Políticas de Autorización de Licencias para Centros de Cuidado Infantil para 2011].

Shlay, A. (2010). *African American, White and Hispanic child care preferences: A factorial survey analysis of welfare leavers by race and ethnicity. Social Science Research* [Preferencias del Cuidado Infantil de Afroamericanos, Anglos e Hispanos: Un análisis de encuesta factorial por raza y etnicidad de usuarios que abandonan el sistema de asistencia social. *Investigaciones de Ciencias Sociales*], 39(1), 125- 141.

Strong Start for America’s Children Act of 2013 [Ley de 2013 de Inicio Firme para los Niños de Estados Unidos], S. 1697, 113th Cong. (2013).

<https://www.congress.gov/bill/113th-congress/senate-bill/1697>

U.S. Consumer Products Safety Commission [Comisión para la Seguridad de Productos de Consumo de EE.UU.]

<http://www.cpsc.gov/>

U.S. Department of Agriculture. Child and Adult Care Food Program Regulations [Departamento de Agricultura de EE.U. Reglamento del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos], 7 CFR Ch. II (Edición 1– 1–13). (2013).

<http://www.fns.usda.gov/cacfp/regulations>

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. (2014). Head Start Key Indicator-Compliant Monitoring Protocol. [Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Administración para Niños y Familias. (2014). Indicador Clave de Head Start – Protocolo de revisión sobre el cumplimiento <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/grants/monitoring/intro-to-monitoring.html>

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. (2015). Head Start Performance Standards. 45 CFR Chapter XIII. (Current through 2015). [Departamento de Salud y Servicios de EE.UU., Administración para Niños y Familias. (2015). Normas de Desempeño del Programa Head Start. 45 CFR Capítulo XIII. (Actual hasta el 2015)]. <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/standards/hspss>

U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Food Code. (2013) [Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Administración de Alimentos y Medicamentos. Código Alimentario. (2013)]. <http://www.fda.gov/downloads/Food/GuidanceRegulation/RetailFoodProtection/FoodCode/UCM374510.pdf>

World Health Organization in collaboration with Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2007). Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: Guidelines [Organización Mundial de la Salud en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2007). Preparación, Almacenamiento y Manipulación en Condiciones Higiénicas de Preparaciones en Polvo para Bebés: Directrices]. http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf



1090 SOUTH ROCK BOULEVARD • RENO, NV 89502 • 1-800-753-5500 • WWW.CHILDRENSCABINET.ORG

Este documento fue impreso y traducido por el Children's Cabinet.

Esta edición fue parcialmente financiada por la División de Asistencia Social y Servicios de Apoyo de Nevada