

Spanish NMCSSDP Car Seat Recipient Form,

PROPRIETARY INFORMATION, Revised JUN 2022

Form reviewed for accuracy and completeness

INITIALS:

Name of distribution site: _____

Name of person distributing seat: _____ Date: ____ / ____ / ____

Type of seat distributed:

Infant Seat

Convertible

Combination

High-Back Booster

No-Back Booster



Nombre del Padre/Guardián			Condado
Dirección			
Ciudad	Estado	Código	Numero de teléfono
	solo NM		

¿Usted esta participando en programas de ayuda pública? Sí No Medicaid WIC
 New Mexikids Otro

Nombre completo del niño/niña	Fecha de nacimiento o fecha del parto
Peso del niño/niña	Estatura del niño/niña

Antes de recibir el asiento de seguridad, yo

Marque todo lo que sea necesario

Información recibida para ver el video "Pasos simples"

Recibí folletos

Recibí instrucciones acerca del asiento de seguridad de la persona que me lo entrego

Trabajé con el técnico instalando el asiento de seguridad

Coloque sus iniciales a aquí, si usted pago a la agencia.

Comments:

Agency | **Fee Collected** Yes No
Amount Collected _____

Yo/nosotros _____ (por favor escriba) comprendo y acepto que el único propósito de este programa es para ayudar a reducir el uso incorrecto de la instalación de los asientos de seguridad, que esta inspección que se me brinda es proporcionada como un servicio gratis, que este programa no puede evaluar completamente la calidad, seguridad, o las condiciones del asiento de seguridad u otro componente de mi vehículo, incluyendo los asientos y los cinturones de seguridad y que este programa no garantiza la seguridad de mi hijo durante un choque. De acuerdo con la Administración Nacional del Tráfico en las Carreteras, los asientos de seguridad pueden reducir las lesiones fatales en un 71% para los infantes y un 54% para los niños pequeños. Es importante leer tanto los manuales de instrucciones del vehículo como los del asiento de seguridad.

Por estas razones, Yo, libro por este medio de toda responsabilidad a las agencias patrocinadoras y administradoras, Safer New México Now, técnicos, funcionarios, empleados, directores y voluntarios de este programa por cualquier presente y/o futura responsabilidad legal, daños y perjuicios por cualquier lesión, incluyendo muerte, por cualquier información recibida hoy y/o por cualquier resultado de mi participación en el evento de hoy.

Firme de padre/guardián: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Complete and mail with NMCSSDP Monthly Report Form:

Safer New Mexico Now
9400 Holly Avenue NE, Suite 201
Albuquerque, NM 87122

