

# Hoja de trabajo familiar

(Debe ser completado por CPST.)

Nombre del padre o la madre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

¿En qué tipo de automóvil viaja con su familia?

Vehículo \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas en cada uno de los siguientes grupos de edad viajan en el automóvil familiar?

CPST envió al cuidador el folleto de Verificación del Asiento de Seguridad.

Sí  No

**Niños** \_\_\_\_\_  
(recién nacido hasta los 12 años de edad)

**Adolescentes** \_\_\_\_\_  
(13 a 19 años de edad)

**Adultos** \_\_\_\_\_  
(20 años de edad y mayores)

¿Hay un bebé en camino?  
Sí  No

Responda las siguientes preguntas para cada niño menor de 12 años.



1 Asiento orientado hacia atrás



2 Asiento de seguridad con arnés



3 Alzador booster (sin respaldo)



4 Alzador booster (respaldo alto)



5 Cinturón de seguridad

Información del niño	¿El niño tiene un asiento de seguridad/alzador booster?	En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Rodee el número que coincide con el tipo de asiento que se muestra arriba.)	Marca CRS	Nombre del modelo CRS
Iniciales _____ Peso _____ Edad _____ Altura _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5		
Iniciales _____ Peso _____ Edad _____ Altura _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5		
Iniciales _____ Peso _____ Edad _____ Altura _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5		
Iniciales _____ Peso _____ Edad _____ Altura _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5		

CPST refirió al cuidador al fabricante del asiento para el automóvil. Sí  No