

Bureau of Family Health  
Oficina de Salud familiar

1000 SW Jackson, Suite 200  
Topeka, KS 66612-1274

Child Care Unit: 785 - 296-1270 Fax: 785- 559-4244  
Unidad de Cuidado de Niños: 785 - 296-1270 Fax: 785- 559-4244

Website: [www.kdheks.gov/kidsnet](http://www.kdheks.gov/kidsnet)  
Sitio Web: [www.kdheks.gov/kidsnet](http://www.kdheks.gov/kidsnet)



**YEARLY MECHANICAL SAFETY CHECK  
FOR VEHICLES USED TO TRANSPORT CHILDREN IN A CHILD CARE FACILITY  
REVISIÓN ANUAL DE SEGURIDAD MECÁNICA PARA VEHÍCULOS QUE SON UTILIZADOS EN EL TRANSPORTE DE NIÑOS  
EN UNA INSTITUCIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS**

Complete a form for each vehicle used to transport children. **A record of the check and corrections shall be kept on file at the facility or in the vehicle.**

Llene un formulario por cada vehículo utilizado para el transporte de niños. **Un registro de la revisión y las correcciones deberá ser guardado en los archivos de la institución o dentro del vehículo.**

In accordance with K.A.R. 28-4-130(1)(2)(B), a yearly mechanical safety check has been completed on the items listed for the vehicle identified on this form:

De acuerdo con K.A.R. 28-4-130(1)(2)(B), se ha realizado una revisión anual de seguridad mecánica en las partes abajo listadas para el vehículo identificado en este formulario:

<input type="checkbox"/> Tires Llantas	Make of Car: Marca del Vehículo: _____	Year: Año: _____
<input type="checkbox"/> Lights Luces	Number of individual Restraints: Número de Cinturones de Seguridad: _____	
<input type="checkbox"/> Windshield wipers Limpiaparabrisas	Vehicle Insurance Policy No.: No. de Póliza de Seguro del Vehículo: _____	
<input type="checkbox"/> Horn Claxon	In accordance with K.A.R. 28-4-130(a)(3), the liability limits are: Conforme al K.A.R. 28-4-130(a) (3), los límites de responsabilidad son:	
<input type="checkbox"/> Signal lights Luces Direccionales	Personal injury or death in any one accident: Lesión personal o muerte en cualquier accidente: _____	
<input type="checkbox"/> Steering Volante	Personal injury or death to two or more persons in any one accident: Lesión personal o muerte de dos o más personas en cualquier accidente: _____	
<input type="checkbox"/> Suspension Suspensión	Loss of property: Pérdida de Propiedad: _____	
<input type="checkbox"/> Glass Vidrios		
<input type="checkbox"/> Brakes Frenos		
<input type="checkbox"/> Tail Lights Luces Traseras		
<input type="checkbox"/> Exhaust system Sistema de Escape		
<input type="checkbox"/> Outside Mirror Espejo Exterior		

The safety check was completed by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
 La revisión de seguridad fue realizada por \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
 First Name Last Name (MM/DD/YYYY)  
 Primer Nombre Apellido Mes/Día/Año

In accordance with 28-4-130(a)(4)(B), a first aid kit is also required in vehicles transporting children. The first aid kit is in the vehicle and contains the following:

De acuerdo con 28-4-130(a)(4)(B), también se requiere un botiquín dentro de los vehículos que son utilizados para el transporte de niños. El botiquín está dentro del vehículo y contiene lo siguiente:

- |  |  |
|--|--|
| Band-aids (all sizes)                            | 1 package gauze squares  |
| Tiras o Curitas Adhesivas (de todos los tamaños) | 1 paquete de cuadrados de gasa   |
| Adhesive tape                                    | Cleansing agent (green soap, pump soap, antiseptic ointment or spray is acceptable).                               |
| Cinta Adhesiva                                   | Agente limpiador (jabón anti-bacterial verde, jabón de dispensador, ungüento o aerosol antiséptico son aceptables) |
| Roll of gauze                                    |  |
| Rollo de Gasa                                    |  |
| Scissors   | 1 elastic bandage  |
| Tijeras  | 1 banda elástica   |

\_\_\_\_\_  
 Facility Name Exactly as it Appears on the License or Certificate License or Certificate Number  
 Nombre de la Institución, Exactamente como Aparece en la Licencia o Certificado Número de la Licencia o Certificado

\_\_\_\_\_  
 Street Address City County  
 Dirección Ciudad Condado

**I attest that this information is true and correct.**  
 Testifico que esta información es verdadera y correcta

\_\_\_\_\_  
 Signature for Facility Date (MM/DD/YYYY)  
 Firma por la Institución Fecha (Mes/Día/Año)