

LICENSING CORRECTIVE ACTION PLAN (TRANSLATION)

NAME OF PROVIDER/OPERATOR: Keila Castro

LICENSE #: 4-8-26

LOCATION ADDRESS: **580 Frost Rd**

TOWN: Waterbury

INSPECTION REPORT DATE: 4-8-26

INSPECTOR: Janarish Lopez

Inspection Report Item # or Regulation	Corrective Action Taken	Exact Date Corrected
33	I understand that I have to practice the drills 4 times a year and keep it for 1 year	
100	The mother signed the medication administration paper	
104	The mother gave me the medication in its original package with its label	

Translated by: Janarish Lopez

Translated on (Date): 6-11-26

PLAN DE MEDIDAS CORRECTIVAS (CAP) SOBRE LA AUTORIZACIÓN

NOMBRE DEL PROVEEDOR U OPERADOR: Keila Castro N.º DE AUTORIZACIÓN: 57963
 DIRECCIÓN DE LAS INSTALACIONES: 580 Frost Rd CIUDAD: Waterbury FECHA DEL INFORME DE INSPECCIÓN: 4-8-26

No se aceptarán los CAP que no cumplan las instrucciones proporcionadas en el reverso. Antes de completar este formulario, lea las instrucciones con atención. Conforme a las políticas de esta agencia, su CAP se publicará en internet y las madres, los padres y todas las personas que busquen información sobre su programa de cuidado de niños podrán acceder a él.

N.º de artículo o reglamentación del informe de inspección	Medidas correctivas tomadas NOTA: La respuesta debe incluir una explicación breve y clara de los cambios que realizó el programa para corregir la infracción y garantizar el cumplimiento.	Fecha exacta de las medidas correctivas	Marque si es correcta (Solo para uso de la Oficina de la Primera Infancia de Connecticut (OEC))
33- practicar simulacros y mantenerlo por 1 año	Entiendo que tengo que escribir que hago los simulacros 4 veces al año, y mantenerlo por un año.		✓
100- permiso firmada de los padres	La mamá ya firmo el papel de administración de medicamentos		✓
104- tener la medicina en el envase adecuado	La mamá me entrego la medicina en su paquete original con su etiqueta		✓

Sobre la base del informe de inspección, se citó al titular de la autorización debido al incumplimiento de las reglamentaciones que se mencionan arriba. Mediante el presente declaro que el titular de la autorización cumple con las reglamentaciones según se expresó anteriormente. Comprendo que la Agencia se reserva el derecho de realizar una inspección adicional del programa mencionado para verificar el cumplimiento de las reglamentaciones y solicitar una reunión con el titular de la autorización cuando sea necesario para revisar patrones de incumplimiento. Comprendo las sanciones que se imponen por proveer información falsa y confirmo que la información presentada en este informe es verdadera.

Si las infracciones de las reglamentaciones de cuidado de niños a las que se hace referencia en los informe(s) relacionados con este CAP vuelvan a ocurrir en el futuro, es posible que las infracciones ya no sean consideradas resuelta por este CAP y la Agencia puede iniciar una acción disciplinaria basada en las infracciones identificadas en los informe(s) relacionados con este CAP.

Los proveedores y operadores tienen la obligación de cumplir las reglamentaciones y los estatutos en todo momento.

LA SIGUIENTE PERSONA ENTREGARÁ EL PLAN DE MEDIDAS CORRECTIVAS AL OEC: _____
 Firma: Keila Castro 11/06/2026
(Proveedor u operador) (Fecha)

DEVOLVER A LA SIGUIENTE PERSONA:
 Oficina de la Primera Infancia de Connecticut
 450 Columbus Blvd, Suite 302
 Hartford, CT 06103 Fax: 860-326-0552

Nombre en letra de imprenta: _____
Consulte el reverso para ver las instrucciones sobre cómo completar este Plan de Medidas Correctivas (CAP), ejemplos de CAP e instrucciones para la resolución de las infracciones cuestionadas