

Programa de educación y prevención del síndrome de muerte súbita del lactante de Pensilvania  
Declaración de reconocimiento voluntario

Instrucciones para el hospital/centro de partos/proveedor de servicios médicos: Completar dos formularios para cada familia antes del alta hospitalaria o después del nacimiento del (los) recién nacido(s) en el caso que se dé a luz fuera de un hospital o centro de partos. Proporcionar a los padres información sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y las medidas de prevención. Pedir a los padres que firmen voluntariamente este formulario para indicar que han recibido, leído y comprendido la información sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y las medidas de prevención. Proporcionar a los padres una copia del formulario firmado y conservar una copia en el historial médico.

Para ser completado por el hospital/centro de partos/proveedor de servicios médicos:

NOMBRE DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE LEGAL DEL BEBÉ: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SEXO: M  F

Los padres han recibido información sobre el síndrome de muerte súbita del lactante, incluido un folleto FECHA: \_\_\_\_\_

NOTAS:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para ser completado por el padre/madre, padrastro/madrastra, padre/madre adoptivo/a, tutor legal o custodio legal:  
Padres: El hospital me ha proporcionado información sobre el síndrome de muerte súbita del lactante y el sueño seguro del lactante. Firmo voluntariamente esta declaración en la que reconozco que he recibido, leído y comprendido la información sobre el síndrome de muerte súbita del lactante que se me ha proporcionado.

FIRMA, MADRE: \_\_\_\_\_ SE REHUSÓ:  FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA, PADRE: \_\_\_\_\_ SE REHUSÓ:  FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA, OTRO: \_\_\_\_\_ SE REHUSÓ:  FECHA: \_\_\_\_\_  
(padrastro/madrastra, padre/madre adoptivo/a, tutor legal, custodio legal)

Este formulario y la información que lo acompaña se proporcionan en cumplimiento de la Ley 73 de 2010.