

# COMMITMENT STATEMENT

សិទ្ធិបញ្ជាក់ពីការយល់ព្រម

## Pennsylvania Shaken Baby Syndrome

សូមអានការណែនាំមុនពេលបំពេញ

### Education and Prevention Program

កម្មវិធីបង្រៀន និងបង្ការជំងឺ

**Hospital/Birth Center Instructions:** Complete one form for each infant. Provide parent(s) with information about shaken baby syndrome and prevention measures. Request the parent(s), stepparent, adoptive parent, legal guardian or legal custodian voluntarily sign this form indicating the receipt and understanding of the information. Present the parents with one copy of this signed form and retain one copy in the medical record.

សេចក្តីណែនាំសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ/មជ្ឈមណ្ឌលកំណើត: បំពេញទម្រង់នេះសម្រាប់កូនម្នាក់ៗ។ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីជំងឺ Shaken Baby Syndrome និងវិធានការបង្ការជំងឺ។ សុំឱ្យម្តាយឪពុក ឪពុកម្តាយចុង អាណាព្យាបាលក្រសួងច្បាប់ ឬអ្នកទទួលបានសិទ្ធិស្របច្បាប់ផ្សេងទៀត ចុះហត្ថលេខាស្របច្បាប់ដើម្បីបញ្ជាក់ថា ពួកគេបានយល់ព្រម និងយល់ពីព័ត៌មាននេះ។ ផ្តល់មួយច្បាប់ទម្រង់នេះដល់ម្តាយឪពុក និងម្តាយចុង ឬអ្នកទទួលបានសិទ្ធិស្របច្បាប់ផ្សេងទៀត ដើម្បីរក្សាទុកក្នុងឯកសារវេជ្ជបញ្ជា។

**HOSPITAL NAME:** \_\_\_\_\_  
(មជ្ឈមណ្ឌល/មន្ទីរពេទ្យ)

**BABY'S LEGAL NAME:** \_\_\_\_\_  
(ឈ្មោះស្របច្បាប់របស់កូន)

**DATE OF BIRTH:** \_\_\_\_\_  
(ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត)

**SEX:** M  F   
(ប្រុស) (ស្រី)

**PARENT(S) PROVIDED SHAKEN BABY SYNDROME INFORMATION, DATE:** \_\_\_\_\_  
(ឪពុកម្តាយ) បានផ្តល់ព័ត៌មានអំពីជំងឺ SHAKEN BABY SYNDROME, កាលបរិច្ឆេទ  
(MM/DD/YY) / (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

Discussed with Nurse  
(បានពិភាក្សាជាមួយអ្នកបម្រើសុខភាព)

Viewed Video  
(បានមើលវីដេអូ)

Received Brochure  
(បានទទួលសៀវភៅព័ត៌មាន)

**NOTES:** \_\_\_\_\_  
(សម្គាល់)

**Parent:** Information about Shaken Baby Syndrome has been presented to me by the hospital. I voluntarily sign this statement acknowledging I have received, read and understand this information.  
ឪពុកម្តាយ: ព័ត៌មានអំពីជំងឺ Shaken Baby Syndrome ត្រូវបានប្រាប់ដល់ខ្ញុំដោយមន្ទីរពេទ្យ។ ខ្ញុំស្ម័គ្រចិត្តចុះហត្ថលេខាស្របច្បាប់ដើម្បីបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានទទួល អាន និងយល់ពីព័ត៌មាននេះ។

**SIGNATURE, MOTHER:** \_\_\_\_\_  
(ហត្ថលេខាម្តាយ)

**REFUSED:**  **DATE:** \_\_\_\_\_  
(បានបដិសេធ) (កាលបរិច្ឆេទ)

**SIGNATURE, FATHER:** \_\_\_\_\_  
(ហត្ថលេខាឪពុក)

**REFUSED:**  **DATE:** \_\_\_\_\_  
(បានបដិសេធ) (កាលបរិច្ឆេទ)

**SIGNATURE, OTHER:** \_\_\_\_\_  
(ហត្ថលេខាអ្នកផ្សេងទៀត)

**REFUSED:**  **DATE:** \_\_\_\_\_  
(បានបដិសេធ) (កាលបរិច្ឆេទ)

(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)  
(ឪពុកម្តាយចុង ឪពុកម្តាយស្របច្បាប់ អាណាព្យាបាលក្រសួងច្បាប់ ឬអ្នកទទួលបានសិទ្ធិស្របច្បាប់)