pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

펜실베니아 주 영아돌연사증후군 교육 및 방지 프로그램

자발적 확인서

병원/출산 센터/보건 종사자를 위한 지침: 병원이나 출산 센터에서 출산한 경우에는 퇴원하기 전, 또는 이외의 장소에서 출산한 경우에는 출산 후 해당 가족 당 양식 2 부를 작성하십시오. 신생아 부모에게 영아돌연사증후군 및 방지 대책에 대한 정보를 제공하십시오. 해당 부모가 영아돌연사증후군 및 방지 대책에 대한 정보를 받아서 읽었으며 이해했음을 밝히는 이 양식에 자발적으로 서명하도록 요청하십시오. 해당 부모에게 서명된 양식 1 부를 제공하고 나머지 1 부는 의료 기록으로 보관하십시오.

병원/출산 센터/보건 종사자 작성란:

병원명: _____

아기의 법적 이름: _____

생년월일: _____ 성별: 남 ☐ 여 ☐

부모에게 영아돌연사증후군 브로셔 등 관련 정보를 제공하였습니다. 제공일자: _____

주의사항:

_____

신생아의 부모, 계부모, 양부모, 법적 보호자 또는 법적 후견인 작성란:

부모: 병원으로부터 영아돌연사증후군 및 영아 안전하게 잠재우기에 대한 정보를 받았습니다. 나는 제공된 영아돌연사증후군(SIDS) 정보를 받아서 읽었으며 이해했음을 밝히는 이 확인서에 자발적으로 서명합니다.

서명, 엄마: _____ 거부: ☐ 일자: _____

서명, 아빠: _____ 거부: ☐ 일자: _____

서명, 기타 인: _____ 거부: ☐ 일자: _____

(계부모, 양부모, 법적 보호자, 법적 후견인)

본 양식과 수반된 정보는 2010 년도 법률 제 73 조에 따라 제공됩니다.