PLEASE PRESS HARD WHEN COMPLETING THIS FORM, YOU ARE MAKING 3 COPIES.

Pennsylvania Shaken Baby Syndrome Prevention and Awareness Program

"Saving babies' lives one family at a time."

VOLUNTARY COMMITMENT STATEMENT
(GÖNÜLLÜ TAAHHÜT BELGESİ)

Hospital/Birth Center Instructions: Complete one form for each infant. Provide parent(s) with information about shaken baby syndrome and prevention measures. Request that they voluntarily sign this form indicating that they have received and understand the information. Provide the parents with one copy of this signed form, retain one copy in the medical record, and forward one copy to the Nurse Coordinators of the *Pennsylvania Shaken Baby Syndrome Prevention and Awareness Program.*
Hastane/Doğum Merkezi Talimatları: Her bir bebek için ayrı bir form doldurunuz. Ebeveyn(ler)e sarsılmış bebek sendromu ve önleyici yöntemler ile ilgi bilgileri sununuz. Verilen bilgileri aldıklarını ve anladıklarını belirten bu formu gönüllü olarak doldurmalarını isteyiniz. Ebeveynlere imzalanan formun kopyalarından birini verin, bir kopyayı kendinize saklayın ve birini de Pensilvanya Sarsılmış Bebek Sendromu Koruma ve Bilinçlendirme Programı'ndaki Hemşire Koordinatörleri'ne gönderin.

HOSPITAL NAME: _____
(HASTANE ADI)

BABY'S LEGAL NAME: _____
(BEBEĞİN YASAL ADI)

DATE OF BIRTH: _____
(DOĞUM TARİHİ) (MM/DD/YY) *(AY/GÜN/YIL)*

SEX: **M*(E)*** ❑ **F*(K)*** ❑
(CİNSİYET)

PARENT(S) PROVIDED SHAKEN BABY SYNDROME INFORMATION, DATE: _____
(EBEVEYN(LER)E SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU İLE İLGİLİ BİLGİLER SUNULDU, TARİH) ***(MM/DD/YY) (AY/GÜN/YIL)***

❑ **Discussed with Nurse** ***(Hemşire ile söyleşildi)***
❑ **Viewed Video** ***(Video izlendi)***
❑ **Received Brochure** ***(Broşür alındı)***
❑ **Saw Posters on the Unit** ***(Posterler ünitede görüldü)***

NOTES:
NOTLAR:

Parent: Information about Shaken Baby Syndrome has been presented to me by the hospital. I voluntarily sign this statement acknowledging that I have received, read and understand this information.
(EBEVEYN: Sarsılmış Bebek Sendromu ile ilgili bilgiler bana hastane tarafından sunuldu. Bu bilgileri aldığımı, okuduğumu, ve anladığımı belirten bu beyanı gönüllü olarak imzalıyorum)

SIGNATURE, MOTHER: _____ **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(İMZA, ANNE) ***REDDEDİLDİ*** ***(TARİH)***

SIGNATURE, FATHER: _____ **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(İMZA, BABA) ***REDDEDİLDİ*** ***(TARİH)***

SIGNATURE, OTHER: _____ **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(İMZA, DİĞER) ***REDDEDİLDİ*** ***(TARİH)***

(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)
(üvey anne baba, evlat edinen, yasal koruyucu, yasal muhafız)

This form and accompanying information provided in compliance with Act 176 of 2002 (11 P.S. §2121-2126).
(Bu form ve eşlik eden bilgiler Act 176 of 2002 (11 P.S §2121-2126) uyarınca düzenlenmiştir.)

(1/19/09)

PLEASE PRESS HARD WHEN COMPLETING THIS FORM, YOU ARE MAKING 3 COPIES.

Pennsylvania Shaken Baby Syndrome Prevention and Awareness Program
"Saving babies' lives one family at a time."

VOLUNTARY COMMITMENT STATEMENT
(GÖNÜLLÜ TAAHHÜT BELGESİ)

Hospital/Birth Center Instructions: Complete one form for each infant. Provide parent(s) with information about shaken baby syndrome and prevention measures. Request that they voluntarily sign this form indicating that they have received and understand the information. Provide the parents with one copy of this signed form, retain one copy in the medical record, and forward one copy to the Nurse Coordinators of the *Pennsylvania Shaken Baby Syndrome Prevention and Awareness Program.*
Hastane/Doğum Merkezi Talimatları: Her bir bebek için ayrı bir form doldurunuz. Ebeveyn(ler)e sarsılmış bebek sendromu ve önleyici yöntemler ile ilgi bilgileri sununuz. Verilen bilgileri aldıklarını ve anladıklarını belirten bu formu gönüllü olarak doldurmalarını isteyiniz. Ebeveynlere imzalanan formun kopyalarından birini verin, bir kopyayı kendinize saklayın ve birini de Pensilvanya Sarsılmış Bebek Sendromu Koruma ve Bilinçlendirme Programı'ndaki Hemşire Koordinatörleri'ne gönderin.

HOSPITAL NAME: _____
(HASTANE ADI)

BABY'S LEGAL NAME:
(BEBEĞİN YASAL ADI)

DATE OF BIRTH: _____
(DOĞUM TARİHİ) (MM/DD/YY) *(AY/GÜN/YIL)*

SEX: **M*(E)*** ❑ **F*(K)*** ❑
(CİNSİYET)

PARENT(S) PROVIDED SHAKEN BABY SYNDROME INFORMATION, DATE: _____
(EBEVEYN(LER)E SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU İLE İLGİLİ BİLGİLER SUNULDU, TARİH) ***(MM/DD/YY) (AY/GÜN/YIL)***

❑ **Discussed with Nurse** ***(Hemşire ile söyleşildi)***
❑ **Viewed Video** ***(Video izlendi)***
❑ **Received Brochure** ***(Broşür alındı)***
❑ **Saw Posters on the Unit** ***(Posterler ünitede görüldü)***

NOTES:
NOTLAR:

Parent: Information about Shaken Baby Syndrome has been presented to me by the hospital. I voluntarily sign this statement acknowledging that I have received, read and understand this information.
(EBEVEYN: Sarsılmış Bebek Sendromu ile ilgili bilgiler bana hastane tarafından sunuldu. Bu bilgileri aldığımı, okuduğumu, ve anladığımı belirten bu beyanı gönüllü olarak imzalıyorum)

SIGNATURE, MOTHER: **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(İMZA, ANNE) ***REDDEDİLDİ*** ***(TARİH)***

SIGNATURE, FATHER: **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(İMZA, BABA) ***REDDEDİLDİ*** ***(TARİH)***

SIGNATURE, OTHER: **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(İMZA, DİĞER) ***REDDEDİLDİ*** ***(TARİH)***

(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)
(üvey anne baba, evlat edinen, yasal koruyucu, yasal muhafız)

This form and accompanying information provided in compliance with Act 176 of 2002 (11 P.S. §2121-2126).
(Bu form ve eşlik eden bilgiler Act 176 of 2002 (11 P.S §2121-2126) uyarınca düzenlenmiştir.)

(1/19/09)