본 양식을 작성하실 때에는 겹쳐진 3장의 사본이 제대로 완성될 수 있도록 펜에 힘을 주어 기입하시기 바랍니다.

펜실베니아 주 '흔들린 아기 증후군" 예방 및 인식 제고 프로그램
"각 가정의 아기들을 살리기 위한 노력"

자발적 동참 서약서

병원/분만시설을 위한 지침: 각각의 아기마다 본 양식 1부를 작성하십시오. 아기의 부모에게 '흔들린 아기 증후군' 및 예방법에 대한 정보를 제공하십시오. 부모가 이와 같은 정보를 제공 받았으며 잘 이해한다는 것을 밝히는 의미로 본 양식에 자발적으로 서명하도록 요청하십시오. 서명이 된 양식 3부 중 1부를 부모에게 제공하고, 다른 1부는 의료 기록으로 보관하며, 나머지 1부는 *펜실베니아 주 '흔들린 아기 증후군 예방 및 인식 제고 프로그램" 담당 간호사에게 전달하십시오.*

병원명: _____

아기의 법적 이름: _____

생년월일: _____ 성별: 남 ❑ 여 ❑

부모(중 하나)가 '흔들린 아기 증후군' 관련 정보를 제공 받은 일자: _____

❑ 간호사와 상의 ❑ 비디오 시청 ❑ 안내 브로셔 수령 ❑ 관련 포스터를 봄

주:

부모: '흔들린 아기 증후군'에 대한 정보를 병원으로부터 제공 받았습니다. 나는 이러한 정보를 받았서 읽어 보았으며 잘 이해하고 있음을 밝히고자 본 서약서에 자발적으로 서명합니다.

엄마 서명: _____ 거부: ❑ 일자: _____

아빠 서명: _____ 거부: ❑ 일자: _____

기타인 서명: _____ 거부: ❑ 일자: _____

(계부모, 양부모, 법적 대리인, 법직 후견인)

본 양식과 수반된 정보는 2002년도 법률 제 176조를 준수하여 제공됨(11 P.S. §2121-2126).

(1/19/09)

본 양식을 작성하실 때에는 겹쳐진 3장의 사본이 제대로 완성될 수 있도록 펜에 힘을 주어 기입하시기 바랍니다.

펜실베니아 주 '흔들린 아기 증후군" 예방 및 인식 제고 프로그램
"각 가정의 아기들을 살리기 위한 노력"

자발적 동참 서약서

병원/분만시설을 위한 지침: 각각의 아기마다 본 양식 1부를 작성하십시오. 아기의 부모에게 '흔들린 아기 증후군' 및 예방법에 대한 정보를 제공하십시오. 부모가 이와 같은 정보를 제공 받았으며 잘 이해한다는 것을 밝히는 의미로 본 양식에 자발적으로 서명하도록 요청하십시오. 서명이 된 양식 3부 중 1부를 부모에게 제공하고, 다른 1부는 의료 기록으로 보관하며, 나머지 1부는 *펜실베니아 주 '흔들린 아기 증후군 예방 및 인식 제고 프로그램" 담당 간호사에게 전달하십시오.*

병원명:

생년월일: _____ 성별: 남 ❑ 여 ❑

부모가 '흔들린 아기 증후군'에 대한 정보를 병원으로부터 제공 받은 일자: _____

❑ 간호사와 상의 ❑ 비디오 시청 ❑ 안내 브로셔 수령 ❑ 관련 포스터를 봄

주:

부모: '흔들린 아기 증후군'에 대한 정보를 병원으로부터 제공 받았습니다. 나는 이러한 정보를 받았서 읽어 보았으며 잘 이해하고 있음을 밝히고자 본 서약서에 자발적으로 서명합니다.

엄마 서명: 거부: ❑ 일자: _____

아빠 서명: 거부: ❑ 일자: _____

거부: ❑ 일자: _____

본 양식과 수반된 정보는 2002년도 법률 제 176조를 준수하여 제공됨(11 P.S. §2121-2126).

(1/19/09)