

填寫此份表格時請用力書寫，您是填寫一式三份。



賓夕法尼亞州嬰兒搖晃症候群預防及通報計畫
「拯救嬰兒的生命，一次一個家庭。」

自願承諾聲明書

醫院/生產中心使用說明：為每位嬰兒填寫一份表格。提供家長關於嬰兒搖晃症候群及防範措施的資料。要求他們自願簽署本表格，以表示他們收到並理解資料。已簽名表格中的一份交給家長，一份留做病歷記錄，並將一份轉送至賓夕法尼亞州嬰兒搖晃症候群預防及通報計畫的護士協調員。

醫院名稱： _____

嬰兒的法定名稱： _____

出生日期： _____ 性別：男 女

家長獲知嬰兒搖晃症候群的資訊，日期：

與護士討論 觀看影片 收到小冊子 看到張貼的海報

註：

家長：醫院已向我說明關於嬰兒搖晃症候群的資訊。我自願簽署這份聲明書，表示我已收到、閱讀並理解這項資訊。

簽名，母： _____ 拒絕： 日期： _____

簽名，父： _____ 拒絕： 日期： _____

簽名，其他： _____ 拒絕： 日期： _____

(繼父母、養父母、法定監護人、法定撫養人)

本表及附帶資料的提供遵循 2002 年 176 號法案 (11 P.S. §2121-2126)。

填寫此份表格時請用力書寫，您是填寫一式三份。



賓夕法尼亞州嬰兒搖晃症候群預防及通報計畫
「拯救嬰兒的生命，一次一個家庭。」

自願承諾聲明書

醫院/生產中心使用說明：為每位嬰兒填寫一份表格。提供家長關於嬰兒搖晃症候群及防範措施的資料。要求他們自願簽署本表格，以表示他們收到並理解資料。已簽名表格中的一份交給家長，一份留做病歷記錄，並將一份轉送至賓夕法尼亞州嬰兒搖晃症候群預防及通報計畫的護士協調員。

醫院名稱：

[Redacted area for hospital name]

出生日期：_____ 性別：男 女

家長獲知嬰兒搖晃症候群的資訊，日期：

與護士討論 觀看影片 收到小冊子 看到張貼的海報

註：

家長：醫院已向我說明關於嬰兒搖晃症候群的資訊。我自願簽署這份聲明書，表示我已收到、閱讀並理解這項資訊。

簽名，母：

[Redacted area for mother's signature]

拒絕： 日期：_____

簽名，父：

[Redacted area for father's signature]

拒絕： 日期：_____

[Redacted area for signature]

拒絕： 日期：_____

本表及附帶資料的提供遵循 2002 年 176 號法案 (11 P.S. §2121-2126)。