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
(DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO VOLUNTÁRIO)

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.*
Instruções do Hospital/Centro de Nascimento: Preencha um formulário para cada bebé. Disponibilize ao(s) pai(s) informação sobre o síndrome de bebé sacudido e medidas de prevenção. Peça que assinem este formulário voluntariamente, indicando que receberam e entenderam a informação. Entregue aos pais uma cópia deste formulário assinado, guarde uma cópia no registo médico, e envie uma cópia para os Coordenadores de Enfermagem do Programa de Prevenção e Consciencialização do Síndrome do Bebé Sacudido da Pensilvânia.

HOSPITAL NAME: _____
(NOME DO HOSPITAL)

BABY'S LEGAL NAME: _____
(NOME LEGAL DO BEBÉ)

DATE OF BIRTH _____ **SEX: M ❑ F ❑**
(DATA DE NASCIMENTO) (MM/DD/YY) *(MM/DD/AA)* ***(GÊNERO)***

PARENT(S) PROVIDED SHAKEN BABY SYNDROME INFORMATION, DATE: _____
(PAIS RECEBERAM INFORMAÇÃO SOBRE O SÍNDROME DE BEBÉ SACUDIDO, DATA) (MM/DD/YY) *(MM/DD/AA)*

❑ **Discussed with Nurse** ***(Discutiu com Enfermeira)***
❑ **Viewed Video** ***(Visualizou o Vídeo)***
❑ **Received Brochure** ***(Recebeu Brochura)***
❑ **Saw Posters on the Unit** ***(Viu Posters na Unidade)***

NOTES:
NOTA:

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.
(Pai: A informação sobre Síndrome de Bebé Sacudido foi-me apresentada pelo hospital. Assino esta declaração voluntariamente, reconhecendo que recebi, li e entendi esta informação.)

SIGNATURE, MOTHER: _____ **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(ASSINATURA, MÃE) ***RECUSADO*** ***(DATA)***

SIGNATURE, FATHER: _____ **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(ASSINATURA, PAI) ***RECUSADO*** ***(DATA)***

SIGNATURE, OTHER: _____ **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(ASSINATURA, OUTRO) ***RECUSADO*** ***(DATA)***

(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)
(pai adotivo, guardião legal)

This form and accompanying information provided in compliance with Act 176 of 2002 (11 P.S. §2121-2126).
Este formulário e a informação que o acompanha foram fornecidos de acordo com a Lei 176 de 2002 (11 P.S. §2121-2126).

(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
(DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO VOLUNTÁRIO)

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.*
Instruções do Hospital/Centro de Nascimento: Preencha um formulário para cada bebé. Disponibilize ao(s) pai(s) informação sobre o síndrome de bebé sacudido e medidas de prevenção. Peça que assinem este formulário voluntariamente, indicando que receberam e entenderam a informação. Entregue aos pais uma cópia deste formulário assinado, guarde uma cópia no registo médico, e envie uma cópia para os Coordenadores de Enfermagem do Programa de Prevenção e Consciencialização do Síndrome do Bebé Sacudido da Pensilvânia.

HOSPITAL NAME: _____
(NOME DO HOSPITAL)

BABY'S LEGAL NAME:
(NOME LEGAL DO BEBÉ)

DATE OF BIRTH _____ **SEX: M ❑ F ❑**
(DATA DE NASCIMENTO) (MM/DD/YY) *(MM/DD/AA)* ***(GÊNERO)***

PARENT(S) PROVIDED SHAKEN BABY SYNDROME INFORMATION, DATE: _____
(PAIS RECEBERAM INFORMAÇÃO SOBRE O SÍNDROME DE BEBÉ SACUDIDO, DATA) (MM/DD/YY) *(MM/DD/AA)*

❑ **Discussed with Nurse** ***(Discutiu com Enfermeira)***
❑ **Viewed Video** ***(Visualizou o Vídeo)***
❑ **Received Brochure** ***(Recebeu Brochura)***
❑ **Saw Posters on the Unit** ***(Viu Posters na Unidade)***

NOTES:
NOTA:

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.
(Pai: A informação sobre Síndrome de Bebé Sacudido foi-me apresentada pelo hospital. Assino esta declaração voluntariamente, reconhecendo que recebi, li e entendi esta informação.)

SIGNATURE, MOTHER: **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(ASSINATURA, MÃE) ***RECUSADO*** ***(DATA)***

SIGNATURE, FATHER: **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(ASSINATURA, PAI) ***RECUSADO*** ***(DATA)***

SIGNATURE, OTHER: **REFUSED:** ❑ **DATE:** _____
(ASSINATURA, OUTRO) ***RECUSADO*** ***(DATA)***
(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)
(pai adotivo, guardião legal)

This form and accompanying information provided in compliance with Act 176 of 2002 (11 P.S. §2121-2126).
Este formulário e a informação que o acompanha foram fornecidos de acordo com a Lei 176 de 2002 (11 P.S. §2121-2126).

(1/19/09)