本表格一式三份同时填写，因此请在填写时压紧表格。

宾夕法尼亚州"认识并预防摇晃婴儿综合症计划"
"每个家庭都行动起来保护宝宝的生命。"

自愿承诺声明

医院 / 分娩中心须知：须为每名婴儿填写一张表格。为家长提供摇晃婴儿综合症及其预防措施的相关信息。如家长自愿填写此表，则说明他们已接收并了解相关信息。家长签署表格后，将此表中的一份交给家长保留；一份保存在病历档案中；另一份提交至*宾夕法尼亚州"认识并预防摇晃婴儿综合症计划"*的"护士协调人"处。

医院名称：_____

宝宝正式姓名：_____

出生日期：_____ 性别: 男 ❑ 女 ❑

家长获得摇晃婴儿综合症信息，日期：_____

❑ 与护士讨论 ❑ 观看视频 ❑ 接收宣传册 ❑ 阅读病房中张贴的海报

说明：

家长：医院已告知我有关"摇晃婴儿综合症"的信息。 本人自愿签署本声明，并承认已接收、阅读并了解声明中所述信息。

母亲签字：_____ 拒绝签字：❑ 日期：_____

父亲签字：_____ 拒绝签字：❑ 日期：_____

其他人签字：_____ 拒绝签字：❑ 日期：_____
(继父母、养父母、法定监护人、法定管养人)

本表格及随附信息符合 2002 年 176 法案的规定（11 P.S. §2121-2126）。

(1/19/09)

本表格一式三份同时填写，因此请在填写时压紧表格。

宾夕法尼亚州"认识并预防摇晃婴儿综合症计划"
"每个家庭都行动起来保护宝宝的生命。"

自愿承诺声明

医院/分娩中心须知：须为每名婴儿填写一张表格。为家长提供摇晃婴儿综合症及其预防措施的相关信息。如家长自愿填写此表，则说明他们已接收并了解相关信息。家长签署表格后，将此表中的一份交给家长保留；一份保存在病历档案中；另一份提交至*宾夕法尼亚州"认识并预防摇晃婴儿综合症计划"*的"护士协调人"处。

医院名称：_____

出生日期：_____ 性别:男 ❑ 女 ❑

家长获得摇晃婴儿综合症信息，日期：_____

❑ 与护士讨论 ❑ 观看视频 ❑ 接收宣传册 ❑ 阅读病房中张贴的海报

说明：

家长：医院已告知我有关"摇晃婴儿综合症"的信息。 本人自愿签署本声明，并承认已接收、阅读并了解声明中所述信息。

母亲签字： 拒绝签字： ❑ 日期：_____

父亲签字： 拒绝签字： ❑ 日期：_____

拒绝签字： ❑ 日期：_____

本表格及随附信息符合 2002 年 176 法案的规定（11 P.S. §2121-2126）。

(1/19/09)