

Pennsylvania Sudden Infant Death Syndrome Education and Prevention Program
पेन्सिलभानिया आकस्मिक शिशु मृत्यु लक्षण शिक्षा र रोकथाम कार्यक्रम

Voluntary Acknowledgment Statement
स्वेच्छिक स्वीकृति कथन

Hospital/Birth Center/Healthcare Practitioner Instructions: Complete two forms for each family prior to hospital discharge or after the birth of the newborn(s) for families delivering outside of a hospital or birth center. Provide parent(s) with information about Sudden Infant Death Syndrome and prevention measures. Request that the parent(s) voluntarily sign this form indicating that they received, read and understand the information about Sudden Infant Death Syndrome and prevention measures. Provide parents with one copy of the signed form and retain one copy in the medical record.

अस्पताल/जन्म केन्द्र/स्वास्थ्य स्याहार चिकित्सक निर्देशनहरू: अस्पताल वा जन्म केन्द्र बाहिर जन्म दिने परिवारहरूको लागि अस्पताल डिस्चार्ज अघि वा नवजात शिशु(हरू) को जन्म पछि प्रत्येक परिवारको लागि दुईवटा फारामहरू भर्नुहोस्। आमाबुवा(हरू)लाई आकस्मिक शिशु मृत्यु लक्षण र रोकथाम उपायहरू बारेमा जानकारी प्रदान गर्नुहोस्। आमाबुवा(हरू)ले आकस्मिक शिशु मृत्यु लक्षण र रोकथाम उपायहरूको बारेमा जानकारी प्राप्त गरेका, पढेका र बुझेका छन् भनी उल्लेख गर्दै यसफारामलाई स्वेच्छिक रूपमा हस्ताक्षर गर्न अनुरोध गर्नुहोस्। आमाबुवालाई हस्ताक्षर गरेको एउटा प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस् र एउटा प्रतिलिपि मेडिकल रेकर्डमा राख्नुहोस्।

To be Completed by Hospital/Birth Center/Healthcare Practitioner:

अस्पताल/जन्म केन्द्र/स्वास्थ्य स्याहार चिकित्सकद्वारा भरिनुपर्ने:

HOSPITAL NAME: _____
अस्पतालको नाम:
BABY'S LEGAL NAME: _____
बच्चाको कानूनी नाम:
DATE OF BIRTH: _____ SEX: M F
जन्म मिति: लिङ्ग पुरुष माहेला

Parent(s) provided Sudden Infant Death Syndrome Information including brochure, DATE: _____

आमाबुवालाई ब्रुसर सहित आकस्मिक शिशु मृत्यु लक्षण जानकारी प्रदान गरिएको छ मिति:

NOTES:
नोटहरू:

To be Completed by Parent, Stepparent, Adoptive Parent, Legal Guardian or Legal Custodian:

Parent: Information about Sudden Infant Death Syndrome and Infant Safe Sleep has been presented to me by the hospital. I voluntarily sign this statement acknowledging that I have received, read and understand the SIDS information provided.

आमाबुवा, सौतेनी आमा-बुवा, अंगीकृत आमाबुवा, कानूनी अभिभावक वा कानूनी अभिरक्षकद्वारा भरिनुपर्ने:

आमाबुवा: मलाई अस्पतालद्वारा आकस्मिक शिशु मृत्यु लक्षण र शिशु सुरक्षित निद्रा बारेमा जानकारी प्रस्तुत गरिएको छ। मैले प्रदान गरिएको SIDS जानकारी प्राप्त गरेको, पढेको र बुझेको छु भनी स्वीकार गर्दै यसकथनलाई मस्वेच्छापूर्वक हस्ताक्षर गर्दछु।

SIGNATURE, MOTHER: _____ हस्ताक्षर, आमा:	REFUSED: <input type="checkbox"/> DATE: _____ अस्वीकृत: मिति:
SIGNATURE, FATHER: _____ हस्ताक्षर, बुवा:	REFUSED: <input type="checkbox"/> DATE: _____ अस्वीकृत: मिति:
SIGNATURE, OTHER: _____ हस्ताक्षर, अन्य: (stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian) (सौतेनी आमाबुवा, अंगीकृत आमाबुवा, कानूनी अभिभावक वा कानूनी अभिरक्षक)	REFUSED: <input type="checkbox"/> DATE: _____ अस्वीकृत: मिति: