

**DECLARACIÓN DE COMPROMISO**  
*Programa de Educación y Prevención de Pennsylvania  
para el Síndrome del Bebé Sacudido*

Instrucciones del Hospital/Centro de Natalidad: Rellene un formulario para cada niño. Proporcione a los padres información sobre el síndrome del bebé sacudido y las medidas de prevención. Solicite a los padres, padrastro/madrastra, padres adoptivos, tutor o custodio legal, que firmen voluntariamente este formulario indicando la recepción y comprensión de la información. Otorgue a los padres una copia de este formulario firmado y conserve una copia en el registro médico.

**NOMBRE DEL HOSPITAL:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE LEGAL DEL BEBÉ:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** M  F

**FECHA EN QUE SE PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN ACERCA DEL SÍNDROME DEL BEBÉ SACUDIDO A LOS PADRES:** \_\_\_\_\_  
(DD/MM/AA)

Conversado con un enfermero

Video visto

Folleto recibido

**NOTAS:** \_\_\_\_\_

Padre/Madre: El hospital me proporcionó información sobre el Síndrome del Bebé Sacudido. Firmo voluntariamente esta declaración reconociendo que he recibido, leído y comprendido esta información.

**FIRMA, MADRE:** \_\_\_\_\_

**SE REHUSÓ:**  **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA, PADRE:** \_\_\_\_\_

**SE REHUSÓ:**  **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA, OTRO:** \_\_\_\_\_

**SE REHUSÓ:**  **FECHA:** \_\_\_\_\_

(padrastro/madrastra, padres adoptivos, tutor, custodio legal)