

COMMITMENT STATEMENT

확인서

Pennsylvania Shaken Baby Syndrome

펜실베이니아 흔들린아기증후군

Education and Prevention Program

교육 및 예방 프로그램

Hospital/Birth Center Instructions: Complete one form for each infant. Provide parent(s) with information about shaken baby syndrome and prevention measures. Request the parent(s), stepparent, adoptive parent, legal guardian or legal custodian voluntarily sign this form indicating the receipt and understanding of the information. Present the parents with one copy of this signed form and retain one copy in the medical record.

병원 출산 센터 직원 각 유아마다 하나의 양식을 작성하십시오. 흔들린아기증후군 및 예방 조치에 관한 정보를 부모에게 제공하십시오. 정보를 수신하고 이해했음을 표시하기 위해 부모, 양부모, 입양 부모, 법적 후견인 또는 법적 관리인에게 자발적인 서명을 요청하십시오. 부모에게 서명된 양식의 사본 한 부를 전달하고 의료 기록부에 사본 한 부를 보관하십시오.

HOSPITAL NAME: _____

(병원 이름)

BABY'S LEGAL NAME: _____

(아기의 법적 이름)

DATE OF BIRTH: _____

(출생일)

SEX: M F

(성별 (남 (여

PARENT(S) PROVIDED SHAKEN BABY SYNDROME INFORMATION, DATE: _____

(부모가 흔들린아기증후군에 대한 정보를 제공받은 날짜

(MM/DD/YY) / (년월일)

Discussed with Nurse

(간호사와 상담함)

Viewed Video

(비디오를 시청함)

Received Brochure

(책자를 수령함)

NOTES: _____

(메모)

Parent: Information about Shaken Baby Syndrome has been presented to me by the hospital. I voluntarily sign this statement acknowledging I have received, read and understand this information.

부모: 병원에서 본인에게 흔들린아기증후군에 대한 정보를 전달했습니다. 본인은 본인이 이 정보를 받았고 읽었으며 이해했음을 인정하여 이 확인서에 자발적으로 서명합니다.

SIGNATURE, MOTHER: _____

(서명 어머니)

REFUSED:

(거절함)

DATE: _____

(날짜)

SIGNATURE, FATHER: _____

(서명 아버지)

REFUSED:

(거절함)

DATE: _____

(날짜)

SIGNATURE, OTHER: _____

(서명 기타)

REFUSED:

(거절함)

DATE: _____

(날짜)

(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)
(양부모, 입양 부모, 법적 후견인, 법적 관리인)

This form and accompanying information provided in compliance with Act 176 of 2002 (11 P.S. §2121-2126).

이 양식 및 관련 정보는 2002년 법 제 76 호 11 P.S. §2121-2126 에 따라 제공됩니다.