

## COMMITMENT STATEMENT

प्रतिबद्धताको कथन

*Pennsylvania Shaken Baby Syndrome*

पेन्सिलभानिया सेकन बेबी सिन्ड्रोम

*Education and Prevention Program*

शिक्षा तथा रोकथाम कार्यक्रम

**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.

अस्पताल/जन्म केन्द्रका निर्देशनहरू प्रत्येक बच्चाको लागि एउटा फाराम पूरा गर्नुहोस्। आमाबुवा(हरू) लाई आकस्मिक शिशु मृत्यु लक्षण र रोकथाम उपायहरू बारेमा जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्। आमाबुवा(हरू), सौतेनी आमाबुवा, अंगीकृत आमाबुवा, कानूनी अभिभावक वा कानूनी संरक्षकलाई जानकारी प्राप्त भएको बुझ्नेको भनी स्वेच्छापूर्वक हस्ताक्षर गर्न अनुरोध गर्नुहोस्। आमाबुवालाई हस्ताक्षर गरेको एउटा प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस् र एउटा प्रतिलिपि चिकित्सा अभिलेखमा राख्नुहोस्।

HOSPITAL NAME: \_\_\_\_\_

(अस्पतालको नाम)

BABY'S LEGAL NAME: \_\_\_\_\_

(बच्चाको कानूनी नाम)

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

(जन्म मिति)

SEX: M  F

(लिङ्ग) (पुरुष) (महिला)

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

(आमाबुवा(हरू)ले उपलब्ध गराउनुभएको सेकन बेबी सिन्ड्रोमको जानकारी, मिति)

(MM/DD/YY) / (महिना/दिना/वर्ष)

Discussed with Nurse

(परिचारिकासँग छलफल गरिएको)

Viewed Video

(हेरिएको भिडियो)

Received Brochure

(प्राप्त भएको ब्रोसुर)

NOTES: \_\_\_\_\_

(नोटहरू)

**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.

आमाबुवा: अस्पतालद्वारा मलाई सेकन बेबी सिन्ड्रोम बारे जानकारी प्रस्तुत गरिएको छ। मैले यो जानकारी प्राप्त गरेको, पढेको र बुझ्नेको छु भनी स्वीकार गर्दै यस कथनलाई म स्वेच्छापूर्वक हस्ताक्षर गर्दछु।

SIGNATURE, MOTHER: \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर, आमा)

REFUSED:  DATE: \_\_\_\_\_

(अस्वीकार गरिएको) (मिति)

SIGNATURE, FATHER: \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर, बुवा)

REFUSED:  DATE: \_\_\_\_\_

(अस्वीकार गरिएको) (मिति)

SIGNATURE, OTHER: \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर, अन्य)

REFUSED:  DATE: \_\_\_\_\_

(अस्वीकार गरिएको) (मिति)

(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)  
(सौतेनी आमाबुवा, अंगीकृत आमाबुवा, कानूनी अभिभावक वा कानूनी संरक्षक)