

COMMITMENT STATEMENT
DECLARACIÓN DE COMPROMISO
Pennsylvania Shaken Baby Syndrome
Programa de Educación y Prevención de Pennsylvania
Education and Prevention Program
para el Síndrome del Bebé Sacudido

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.

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.

HOSPITAL NAME: _____
(NOMBRE DEL HOSPITAL)

BABY'S LEGAL NAME: _____
(NOMBRE LEGAL DEL BEBÉ)

DATE OF BIRTH: _____ **SEX: M** **F**
(FECHA DE NACIMIENTO) (Sexo) (M) (F)

PARENT(S) PROVIDED SHAKEN BABY SYNDROME INFORMATION, DATE: _____
(FECHA EN QUE SE PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN ACERCA DEL SÍNDROME (MM/DD/YY) / (DD/MM/AA)
DEL BEBÉ SACUDIDO A LOS PADRES)

Discussed with Nurse
(Conversado con un enfermero)

Viewed Video
(Video visto)

Received Brochure
(Folleto recibido)

NOTES:
(NOTAS)

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.

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.

SIGNATURE, MOTHER: _____ **REFUSED:** **DATE:** _____
(FIRMA, MADRE) (SE REHUSÓ) (FECHA)

SIGNATURE, FATHER: _____ **REFUSED:** **DATE:** _____
(FIRMA, PADRE) (SE REHUSÓ) (FECHA)

SIGNATURE, OTHER: _____ **REFUSED:** **DATE:** _____
(FIRMA, OTRO) (SE REHUSÓ) (FECHA)

(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)
(padrastro/madrastra, padres adoptivos, tutor, custodio legal)

This form and accompanying information provided in compliance with Act 176 of 2002 (11 P.S. §2121-2126).
Este formulario y la información adjunta se proporcionan en conformidad con la Ley 176 de 2002 (11 P.S. §2121-2126).