

पेनसिल्वानिया अचानक शिशु मृत्यु संलक्षण शिक्षा और रोकथाम कार्यक्रम

स्वैच्छिक स्वीकृति कथन

अस्पताल/जन्म केन्द्र/स्वास्थ्य देखभाल पेशावर निर्देश: अस्पताल से छुट्टी से पहले या अस्पताल या जन्म केन्द्र से बाहर बच्चों को जन्म देने वाले परिवारों के लिए नवजात(तों) की जन्म के बाद दो फॉर्म भरें। माता-पिता को अचानक शिशु मृत्यु संलक्षण और रोकथाम उपायों के बारे में जानकारी प्रदान करें। यह अनुरोध करें कि माता-पिता को यह इंगित करते हुए इस फॉर्म पर स्वेच्छा से हस्ताक्षर करने चाहिए कि उन्होंने अचानक शिशु मृत्यु संलक्षण और रोकथाम उपायों के बारे में जानकारी प्राप्त कर ली है, पढ़ और समझ ली है। माता-पिता को हस्ताक्षरित फॉर्म की एक प्रति प्रदान करें और एक प्रति चिकित्सा रिकॉर्ड में रख लें।

अस्पताल/जन्म केन्द्र/स्वास्थ्य देखभाल पेशावर द्वारा भरा जाना है:

अस्पताल का नाम: _____

शिशु का कानूनी नाम: _____

जन्म की तारीख _____ लिंग: पुरुष स्त्री

माता-पिता को पुस्तिका सहित अचानक शिशु मृत्यु संलक्षण की जानकारी प्रदान की गई, तारीख: _____

टिप्पणियाँ:

माता-पिता, सौतेले माता-पिता, गोद लेने वाले माता-पिता, कानूनी माता-पिता या कानूनी संरक्षक द्वारा भरा जाना है:

माता-पिता: मुझे अस्पताल ने अचानक शिशु मृत्यु संलक्षण और शिशु की सुरक्षित नींद के बारे में जानकारी प्रदान की है। मैं यह स्वीकार करते हुए इस कथन पर स्वेच्छा से हस्ताक्षर करता/करती हूँ कि मुझे प्रदान की गई SIDS जानकारी प्राप्त हो गई है, मैंने यह पढ़ और समझ ली है।

हस्ताक्षर, माँ: _____ मना कर दिया: तारीख: _____

हस्ताक्षर, पिता:: _____ मना कर दिया: तारीख: _____

हस्ताक्षर, अन्य: _____ मना कर दिया: तारीख: _____

(सौतेले माता-पिता, गोद लेने वाले माता-पिता, कानूनी अभिभावक, कानूनी संरक्षक)

यह फॉर्म और इसके साथ दी गई जानकारी 2010 के अधिनियम 73 के अनुपालन में प्रदान की गई है।