

COMMITMENT STATEMENT

प्रतिबद्धता कथन

Pennsylvania Shaken Baby Syndrome

पेन्सिलभानिया शेकन बेबी सिंड्रोम

Education and Prevention Program

जागरूकता और 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 केंद्र निर्देश: प्रत्येक शिशु के लिए एक फॉर्म को पूर्ण करें। माता-पिता(ओं) को शेकन बेबी सिंड्रोम और रोकथाम उपायों के संबंध में जानकारी प्रदान करें। माता-पिता(ओं), सौतेल माता-पिता, दत्तक माता-पिता, कानूनी अभिभावक या कानूनी संरक्षक से इस फॉर्म को स्वेच्छा पूर्वक हस्ताक्षरित करके प्रदान करने का अनुरोध करें जिससे इस जानकारी को उनको द्वारा प्राप्त किया जाना व इसे उनके द्वारा समझा जाना इंगित हो। इस हस्ताक्षरित फॉर्म की एक प्रति माता-पिता को दें और एक प्रति चिकित्सा रिकॉर्ड में रखें।

HOSPITAL NAME: _____

(अस्पताल का नाम)

BABY'S LEGAL NAME: _____

(शिशु का कानूनी नाम)

DATE OF BIRTH: _____

(जन्म तिथि)

SEX: M F

(लिंग) (बालक) (बालिका)

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

(माता-पिता(ओं) द्वारा शेकन बेबी सिंड्रोम के बारे में जानकारी देने की, तिथि)

(MM/DD/YY) / (MM/DD/YY)

Discussed with Nurse

(नर्स के साथ चर्चा की गई)

Viewed Video

(वीडियो देखा गया)

Received Brochure

(ब्रॉशर प्राप्त किया गया)

NOTES:

(नोट)

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.

माता-पिता: मुझे शेकन बेबी सिंड्रोम के बारे में अस्पताल द्वारा जानकारी दी गई थी। मैं इस कथन पर स्वेच्छापूर्वक यह स्वीकार करते हुए हस्ताक्षर कर रहा/रही हूँ कि मैंने इस जानकारी को प्राप्त किया है, पढ़ लिया है और समझ लिया है।

SIGNATURE, MOTHER: _____

(हस्ताक्षर, माता)

REFUSED: DATE: _____

(अस्वीकृत किया गया) (तिथि)

SIGNATURE, FATHER: _____

(हस्ताक्षर, पिता)

REFUSED: DATE: _____

(अस्वीकृत किया गया) (तिथि)

SIGNATURE, OTHER: _____

(हस्ताक्षर, अन्य)

REFUSED: DATE: _____

(अस्वीकृत किया गया) (तिथि)

(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)
(सौतेल माता-पिता, दत्तक माता-पिता, कानूनी अभिभावक, कानूनी संरक्षक)

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

यह फॉर्म और इसके साथ दी गई जानकारी 2002 के 176 (11 P.S. §2121-2126) अधिनियम के अनुसार प्रदान की गई है।