



INFORMACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DEL BEBÉ SACUDIDO VERIFICACIÓN DE LA DECLARACIÓN

Instrucciones para el centro de nacimiento/hospital: complete un formulario por cada bebé. Déle a los padres la oportunidad de ver una presentación del video aprobado sobre el síndrome del bebé sacudido, la prevención e información acerca de la importancia de aprender sobre la resucitación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés). Pida a los padres o tutores que verifiquen que el video e información les han sido facilitados al firmar a continuación. Sólo se necesita una firma a continuación. Archive el formulario en el historial médico del bebé.

NOMBRE DEL HOSPITAL: _____
(Hospital/Centro de nacimiento)

NOMBRE LEGAL DEL BEBÉ: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **GÉNERO:** M F
(Mes/Día/Año)

Verificación de los padres: A mí se me ha ofrecido la oportunidad de ver un video de presentación de los peligros asociados con sacudir a los bebés y niños pequeños. Yo he recibido información acerca de la importancia de la resucitación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés). Yo voluntariamente firmo esta declaración reconociendo que he recibido, leído y entendido la información, y que se me ha ofrecido la oportunidad de ver el video.

SÓLO SE NECESITA UNA FIRMA A CONTINUACIÓN.

FIRMA DE LA MADRE: _____ **FECHA:** _____
(Mes/Día/Año)

LA MADRE SE NEGÓ A FIRMAR

FIRMA DEL PADRE: _____ **FECHA:** _____
(Mes/Día/Año)

EL PADRE SE NEGÓ A FIRMAR

FIRMA DE OTRA PERSONA: _____ **FECHA:** _____
(Padrastr(a), padre(a), tutor legal, guardián legal.)

LA OTRA PERSONA SE NEGÓ A FIRMAR

REPRESENTANTE DEL HOSPITAL: _____ **FECHA:** _____
(Mes/Día/Año)

Se entregan este formulario y la información que lo acompaña de acuerdo a **Act 176 of 2002 (11 P.S. §2121-2126); SC Code of Laws §44-37-50, efectivo a partir del 1 de enero de 2008.**