

宾夕法尼亚州婴儿猝死症候群教育与防范计划

自愿确认声明书

医院/生产中心/医疗护理机构使用说明：在出院前为每个家庭填写两份表格，或是宝宝并非在医院或生产中心诞生的家庭，则在新生儿出生后填写。提供父母关于婴儿猝死症候群及防范措施的数据。请父母自愿签署本表格，以表示他们收到、阅读并理解关于婴儿猝死症候群及防范措施的数据。将一份已签署的表格交予父母，并且保留一份于病历内。

由医院/生产中心/医疗护理机构填写：

医院名称： _____

婴儿的法定名称： _____

出生日期： _____ 性别： 男 女

已提供父母关于婴儿猝死症候群的数据，包括手册，日期： _____

注：

由父母、继父母、养父母、法定监护人或法定抚养人填写：

父母： 医院已交给我关于婴儿猝死症候群和婴儿睡眠安全的数据。本人自愿签署本声明书以确认已经收到、阅读并理解所提供的婴儿猝死症候群数据。

签名，母： _____ 拒绝： _____ 日期： _____

签名，父： _____ 拒绝： _____ 日期： _____

签名，其它： _____ 拒绝： _____ 日期： _____

(继父母、养父母、法定监护人、法定抚养人)

本表及附带数据的提供遵循 2010 年 73 号法案。