

ペンシルベニア州 乳幼児突然死症候群教育と予防プログラム

同意書

病院/出産センター/医療従事者の指示:病院または出産センター以外で出産された保護者の場合、退院前または新生児の出生後に各 2 枚の書類に、ご記入お願いいたします。乳幼児突然死症候群と予防対策に関する情報を保護者に提供いたします。乳幼児突然死症候群と予防対策に関する情報をお読みいただき、ご理解いただき、同意書に署名をお願いいたします。保護者より署名して頂いた書類のコピーを 1 枚は、ご家族様へ提供いたします、もう 1 枚のコピーは医療記録として、こちらで大切に保管いたします。

病院/出産センター/医療従事者が記載してください:

病院名: \_\_\_\_\_

赤ちゃんの法的名前: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 男女の別:  男  女

パンフレットを含む乳幼児突然死症候群情報を、保護者に提供しました、日付: \_\_\_\_\_

注意:  
\_\_\_\_\_

親、継母、養父母、法的保護者または法的保管者によって記載するには:

親:乳幼児突然死症候群と乳幼児安眠に関する情報は、病院から私に提示されました。この同意書に署名し、提供された乳幼児突然死症候群情報を受け取り、お読みいただき理解しました、この内容について同意します。

署名, 母: \_\_\_\_\_ 拒否: 日付:  \_\_\_\_\_

署名, 父: \_\_\_\_\_ 拒否: 日付:  \_\_\_\_\_

署名, その他:拒否:日付: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

(継母、養父母、法定後見人、法定管理人)

このフォームとそれに付随する情報は、2010 年第 73 条に準拠して提供されます。