



Declaración de con irmación de los padres: educación sobre sueño seguro, muerte súbita e inesperada del lactante, los peligros de sacudir a los bebés y RCP para bebés

HOSPITAL/MATERNIDAD: _____

NOMBRE LEGAL DEL BEBÉ: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

(Mes/Día/Año)

Confirmación de los padres: Me ofrecieron la oportunidad de ver presentaciones en video sobre prácticas de sueño seguro, muerte súbita e inesperada del lactante (SUID, por sus siglas en inglés) y los peligros asociados con sacudir a los bebés y los niños pequeños. También recibí información acerca de la importancia de aprender resucitación cardiopulmonar para bebés. Firmo esta declaración de manera voluntaria y reconozco que recibí, leí y entendí la información y que se me ofreció la oportunidad de ver los videos.

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:** _____

(Padraastro(a), padre(a), tutor legal, guardián legal.)

(Mes/Día/Año)

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 15 de noviembre de 2018.