

**Instrucciones:** Complete un formulario por cada infante. Provea información a los padres acerca del sueño seguro del infante y sobre la prevención del Síndrome de Muerte Súbita Infantil y pida que ellos voluntariamente firmen este formulario indicando que ellos han recibidos la información. Entregue una copia del formulario ya firmado a los padres y mantenga una copia para el expediente del infante.

**YORK HOSPITAL**

NOMBRE LEGAL DEL BEBE \_\_\_\_\_

AKA: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(MM / DD / YY)

SEXO: M  F

LOS PADRES HAN RECIBIDOS INFORMACION SOBRE EL SINDROME DE MUERTE SUBITA EN EL INFANTE,

FECHA: \_\_\_\_\_  
(MM / DD / YY)

**Padres:** Hemos recibidos la información acerca de Síndrome de Muerte Súbita Infantil, y firmando esta declaración estoy declarando que hemos recibimos la información y entendemos que:

- mi bebé debe dormir boca arriba. y acostarlos de lado o boca abajo, es peligroso.
- dormir con mi bebé aumenta el riesgo que mi bebé muera sofocado, (asfixiado) o de Síndrome de Muerte Súbita Infantil.

FIRMA de la MADRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YY)

MADRE ELIGIO NO FIRMAR

FIRMA DE PADRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YY)

PADRE ELIGIO NO FIRMAR

FIRMA DE OTRO: \_\_\_\_\_  
(padrasto,padre adoptivo,tutor legal, encargado legal)

FECHA: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YY)

EL OTRO ELIGIO NO FIRMAR

Patient Label



EDUCACIÓN SOBRE EL  
SÍNDROME DE MUERTE SUBITA  
DEL INFANTE Y  
DECLARACION DE  
COMPROMISO VOLUNTARIO  
NUR-110S 10/08

**Original to Chart/Yellow to Patient/Pink to Newborn Office**