

Esto es para certificar que Yo

_____, la madre/padre/guardian
del menor _____ he sido educado/a en
las prácticas del sueño seguro en el infante, incluyendo el SIDS
(Síndrome de Muerte Súbita en el Infante), y las estrategias en la
reducción de los riesgos, según lo estipula la AAP (La Academia
Pediátrica Americana).

Entiendo completamente que nunca es apropiado o seguro para un
adulto u otro niño dormir con un infante (menor de un año de edad)
porque esto aumenta el riesgo de muerte súbita o repentina en el
infante.

Reconozco que se me ha informado los riesgos de las prácticas no
seguras para el dormir, incluyendo posible muerte, y por este medio
libero al médico encargado y a la institución de salud de toda
responsabilidad en cualquier efecto de enfermedad que pudiera ocurrir
como resultado de mi decisión, al no cumplir u obedecer con dichas
recomendaciones de la seguridad en el sueño.

Testigo

Firma de la persona autorizada

Fecha

Hora

Relación de la persona autorizada

**WellSpan Health
York, PA 17405**

patient label

**Infant Safe Sleep Non-compliance
Release Form**

Form NUR-111 7/08 (trial)