

Instructions: Complete one form for each infant. Provide parent(s) with information about safe infant sleep and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) prevention, and request that they voluntarily sign this form indicating that they have received the information. Provide them with one copy of this signed form, and retain a copy of this signed form in the infant's medical record.

BABY'S LEGAL NAME _____

AKA: _____

DOB: _____
(MM/DD/YY)

SEX: M F

PARENT(S) PROVIDED INFORMATION ABOUT PRACTICING SAFE INFANT SLEEP
DATE: _____
(MM/DD/YY)

Parent: I have received information about accidental suffocation and safe sleep SIDS. By signing this statement I agree that I have received this information and understand that:

- **my baby should sleep on the back; sleeping on the side or tummy is dangerous.**
- **sleeping with my baby increases the risk of my baby dying from suffocation or SIDS.**

SIGNATURE, MOTHER: _____ DATE: _____
(MM/DD/YY)

MOTHER CHOSE NOT TO SIGN

SIGNATURE, FATHER: _____ DATE: _____
(MM/DD/YY)

FATHER CHOSE NOT TO SIGN

SIGNATURE, OTHER: _____ DATE: _____
(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian) (MM/DD/YY)

OTHER CHOSE NOT TO SIGN

Patient Label

SAFE INFANT SLEEP VOLUNTARY
COMMITMENT FORM

NUR-110 R-8/15

Original to Chart/Yellow to Patient/Pink to QA

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.

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: _____ FECHA: _____
(padrasto,padre adoptivo,tutor legal, encargado legal) (MM/DD/YY)

EL OTRO ELIGIO NO FIRMAR

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

Patient Label

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