

VIDEO DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES

Nunca sacuda a un bebé

FORMULARIO DE FIRMA PARA LOS PADRES

I. Yo/nosotros entiendo/entendemos que el objetivo de ver *Nunca sacuda a un bebé* es que los padres entiendan los peligros de sacudir a los bebés y niños pequeños, y los síntomas del síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneal abusivo. Yo/nosotros entiendo/entendemos que es importante que tanto el padre como la madre vean este video.

II. Yo/nosotros confirmo/confirmamos que he/hemos visto el video sobre los peligros de sacudir a los bebés y niños pequeños, y los síntomas del síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneal abusivo. Si el padre o la madre no están disponibles, es decir que uno de ellos no participa en la crianza del niño, marcaré la casilla de abajo para confirmar que él o ella no está disponible pero pondré todo mi empeño para informarle sobre el contenido de este video.

MARQUE AQUÍ SI UNO DE LOS PADRES NO ESTÁ DISPONIBLE

_____	_____	_____	_____
Firma de la madre	Fecha	Firma del padre	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre de la madre en letras de molde		Nombre del padre en letras de molde	

III. El (nombre del hospital o centro de natalidad) me/nos ha solicitado que vea/veamos el video sobre los peligros de sacudir a los bebés y niños pequeños, y los síntomas del síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneal abusivo. Yo/nosotros me he rehusado/nos hemos rehusado a ver este video.

_____	_____	_____	_____
Firma de la madre	Fecha	Firma del padre	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre de la madre en letras de molde		Nombre del padre en letras de molde	