



रोगी सुरक्षा (PATIENT SAFETY) वीडियो

शिशु के और बचपन में डूबने से बचाव के लिए कदम उठाएँ

माता-पिता के हस्ताक्षर के लिए फॉर्म

I. मैं/हम समझता/समझती/समझते हैं कि "शिशु के और बचपन में डूबने से बचाव के लिए कदम उठाएँ" देखने का उद्देश्य, माता-पिता को शिशुओं और छोटे बच्चों के डूबने के खतरों के बारे में जागरूक करना है। मैं/हम समझता हूँ/समझती हूँ/समझते हैं कि माता-पिता दोनों के लिए यह वीडियो देखना महत्वपूर्ण है।

II. मैं/हम पुष्टि करता/करती/करते हैं कि मैंने/हमने शिशुओं और छोटे बच्चों के डूबने के खतरों पर वीडियो देख लिया है। यदि माता-पिता में से दूसरा व्यक्ति उपलब्ध नहीं है, तो मैंने यह पुष्टि करने के लिए नीचे दिए गए बॉक्स पर निशान लगाया है कि वे उपलब्ध नहीं हैं, लेकिन मैं इस वीडियो में दी गई जानकारी के बारे में उन्हें बताने की पूरी कोशिश करूँगा/करूँगी।

यदि माता-पिता मेंसे दूसरा व्यक्ति अनुपलब्ध है तो निशान लगाएँ

माता/पिता 1 हस्ताक्षर

तारीख

माता-पिता 2 के हस्ताक्षर

तारीख

माता-पिता 1 का नाम (प्रिंट किया हुआ)

माता/पिता 2 का नाम (प्रिंट किया हुआ)

III. _____ ने मुझसे/हमसे शिशुओं और छोटे बच्चों के डूबने के खतरों पर वीडियो देखने का अनुरोध किया है। मैं/हम यह वीडियो देखने से इनकार करते हैं।
अस्पताल/प्रसव केंद्र का नाम

माता/पिता 1 हस्ताक्षर

तारीख

माता-पिता 2 के हस्ताक्षर

तारीख

माता-पिता 1 का नाम (प्रिंट किया हुआ)

माता/पिता 2 का नाम (प्रिंट किया हुआ)