NEW YORK STATE | Department of Health

KATHY HOCHUL
Governor

JAMES V. McDONALD, M.D., M.P.H.
Commissioner

JOHANNE E. MORNE, M.S.
Executive Deputy Commissioner

患者安全视频

采取措施预防婴幼儿溺水

父母签名表

I. 我/我们明白，观看 *Take Steps to Prevent Childhood Drowning*（*采取措施预防婴幼儿溺水*）的目的是让父母意识到婴幼儿溺水的危险。我/我们知道，父母双方共同观看此视频很重要。

II. 我/我们确认，我/我们已经观看了关于婴幼儿溺水危险的视频。若有一方家长无法到场观看，则我已勾选下方复选框确认该情况，并将尽最大努力向另一方家长传达本视频所述信息。

☐ **若有一方家长未到场观看，请勾选此处**

家长 1 签名	日期	家长 2 签名	日期

家长 1 姓名（正楷）	家长 2 姓名（正楷）

III. _____ 已要求我/我们观看关于婴幼儿溺水危险的视频。
医院/分娩中心名称

我/我们拒绝观看该视频。

家长 1 签名	日期	家长 2 签名	日期

家长 1 姓名（正楷）	家长 2 姓名（正楷）

Empire State Plaza, Corning Tower, Albany, NY 12237 | health.ny.gov