

मरीज़ सुरक्षा वीडियो  
कभी भी किसी शिशु को झकझोरें नहीं

माता-पिता हस्ताक्षर फॉर्म

I. मैं/हम समझता हूँ/समझती हूँ/समझते हैं कि कभी भी किसी शिशु को झकझोरें नहीं (*Never, Ever Shake a Baby*) को देखने का उद्देश्य माता-पिता को शिशुओं और छोटे बच्चों को झकझोरने के जोखिमों से अवगत कराना और उन्हें झकझोरे गए शिशु सिंड्रोम (शोकन बेबी सिंड्रोम)/दुर्व्यवहार के कारण सिर पर चोट (अब्यूज़िव हेड ट्रॉमा) के लक्षणों से अवगत कराना 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 हूँ/करती हूँ/करते हैं कि हमने शिशुओं और छोटे बच्चों को झकझोरने के खतरों और झकझोरे गए शिशु सिंड्रोम (शोकन बेबी सिंड्रोम)/दुर्व्यवहार के कारण सिर पर चोट (अब्यूज़िव हेड ट्रॉमा) के लक्षणों के बारे में वीडियो देखा है। अगर दूसरे माता/पिता अनुपलब्ध हैं, तो मैंने नीचे दिए हुए बॉक्स में सही का निशान बना कर पुष्टि की है कि दूसरा व्यक्ति अनुपलब्ध है, लेकिन मैं उन्हें इस वीडियो में प्रस्तुत की गई जानकारी के बारे में बताने के लिए अपने श्रेष्ठ प्रयास का उपयोग करूँगा/करूँगी।

अगर दूसरे माता/पिता अनुपलब्ध हों, तो यहाँ सही का निशान बनाएं

\_\_\_\_\_  
माता/पिता 1 हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_  
तिथि

\_\_\_\_\_  
माता/पिता 2 हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_  
तिथि

\_\_\_\_\_  
माता/पिता 1 का नाम (प्रिंट किया हुआ)

\_\_\_\_\_  
माता/पिता 2 का नाम (प्रिंट किया हुआ)

III. (अस्पताल या जन्म केंद्र का नाम) ने माँग की है कि मैं/हम शिशुओं और छोटे बच्चों को झकझोरने के खतरों और झकझोरे गए शिशु सिंड्रोम (शोकन बेबी सिंड्रोम)/दुर्व्यवहार के कारण सिर पर चोट (अब्यूज़िव हेड ट्रॉमा) के लक्षणों के बारे में इस वीडियो को देखूँ/देखें। मैं/हम इस वीडियो को देखने से इन्कार करता हूँ/करती हूँ/करते हैं।

\_\_\_\_\_  
माता/पिता 1 हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_  
तिथि

\_\_\_\_\_  
माता/पिता 2 हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_  
तिथि

\_\_\_\_\_  
माता/पिता 1 का नाम (प्रिंट किया हुआ)

\_\_\_\_\_  
माता/पिता 2 का नाम (प्रिंट किया हुआ)