

¡Evite el Síndrome del bebé sacudido!

Por favor ayúdenos en darle seguimiento a la Efectividad de Nuestro Programa

Yo he recibido esta información y he visto el video sobre el Síndrome del bebé sacudido. Yo comprendo que lassacudidas violentas son dañinas y potencialmente pueden ocasionarle la muerte a un bebé. Al ayudarlo con este programa yo sé que toda información que ofrezca es confidencial. El coordinador(a) de este programa me llamará en siete meses para una entrevista de seguimiento con respecto a lo que recuerdo de la información que recibí el día de hoy. Yo puedo rehusar la participación en este proyecto lo cual no afectara mi atención médica o la de mi bebé en ninguna forma. Tengo la libertad para retirarme del proyecto en cualquier momento. Si tengo alguna pregunta, puedo comunicarme al Hospital de la Universidad, Síndrome del bebé sacudido/Prevención de traumatismos craneales abusivos y oficinas del programa de sensibilización al (505)272-1959.

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Nombre de la padre: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento del bebé(Mes/Día/Año): ____/____/____ Hospital donde nació el bebé: _____

¿En qué ciudad o pueblo vivirá el bebé? _____ Código postal: _____

Etnicidad: Puede señalar más de una casilla

Madre del bebé

Padre del bebé

Nativo Americano

Hispano

Africano Americano

Asiático/Isleño del Pacifico

Blanco (No Hispano)

¿Cuál es su nivel más alto de educación?

Algo de estudios de secundaria

Bachiller, sin estudios universitarios

Algo de estudios universitarios

Graduado universitario

Título-post grado (Maestría, PhD)

¿En qué forma se describe mejor su situación domiciliar?

Madre y padre están casados y viven juntos, con el bebé

Madre soltera, viviendo sola con el bebé

Madre soltera, viviendo con él bebé y el padre del bebé

Madre soltera, viviendo con un hombre y no el padre del bebé

Madre soltera, viviendo con los abuelos del bebé

Otros _____

¿Qué clase de seguro médico tiene? Señale todos lo que apliquen.

Ninguno

Medicaid, un HMO patrocinado por Medicaid, u otro programa del gobierno

Seguro privado o HMO

No estoy seguro/No sé

¿Le ayudo la información que recibió?

 Sí

 No

¿Es esta la primera vez que escucha del peligro con sacudir un bebé?

 Sí

 No

¿Recomienda usted que esta información se le dé a todos los nuevos padres?

 Sí

 No

¿Podemos llamarla en 7 meses y preguntarle que recuerda sobre la información?

 Sí

 No

Si contesto sí, por favor proporciónenos sus números de teléfono

Domicilio: (_____) _____ Celular: (_____) _____

¿Hay alguna otra cosa que usted desea que nosotros sepamos?