

Ngăn ngừa Hội chứng Lắc Em bé Prevent Shaken Baby Syndrome!

Xin vui lòng giúp chúng tôi theo dõi hiệu quả chương trình của chúng tôi Tôi đã nhận thông tin và xem video về Hội chứng Lắc Em bé. Tôi hiểu rằng lắc em bé dữ dội gây hại và có khả năng làm bé tử vong. Để giúp quý vị với chương trình này tôi biết rằng tất cả thông tin tôi cung cấp đều được bảo mật. Nhân viên điều phối chương trình sẽ gọi tôi trong bảy tháng nữa để phỏng vấn theo dõi xem tôi có nhớ thông tin được nhận hôm nay. Tôi có thể từ chối tham gia vào dự án này và không hề bị ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khỏe cho chính tôi và con tôi. Tôi có thể tự do rút khỏi dự án bất kỳ lúc nào. Nếu có thắc mắc, tôi có thể gọi Văn phòng Chương trình Nhận thức và Ngăn ngừa Vi phạm Chấn thương Đầu/Hội chứng Lắc Em bé Bệnh viện Đại học ở số (505)272-1959.

Tên Mẹ: _____ Tuổi: _____ Tên cha: _____ Tuổi: _____

Ngày sinh Em bé (tháng/ngày/năm): ____/____/____

Bệnh viện nơi em bé sanh: _____

Em bé sẽ sống trong thành phố hay thị trấn nào? _____ Mã Bưu
tín: _____

Dân tộc: Quý vị có thể đánh dấu nhiều khung

Mỹ Da Đỏ

Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha

Mỹ gốc Châu Phi

Á châu/Đảo Thái bình dương

Người Da Trắng(Không thuộc gốc Tây Ban Nha)

Trình độ học vấn của quý vị?

Chưa tốt nghiệp Trung học

Tốt nghiệp Trung học, không học đại học

Chưa tốt nghiệp Đại học

Tốt nghiệp Đại học

Có bằng sau đại học (Thạc sĩ, Tiến sĩ)

Điều gì diễn tả tốt nhất về hoàn cảnh sống của quý vị?

Cha và mẹ kết hôn và sống chung với em bé

Mẹ độc thân, sống một mình với em bé

Mẹ độc thân, sống với em bé và cha của em bé

Mẹ độc thân, sống với bạn trai không phải là cha của em bé

Mẹ độc thân, sống với ông bà của em bé

Hoàn cảnh khác _____

Quý vị có bảo hiểm gì? Đánh dấu tất cả loại quý vị có.

Không có bảo hiểm None

Medicaid, Cơ quan Quản Lý Sức khỏe do Medicaid tài trợ, hay chương trình khác của chính phủ

Bảo hiểm tư hay Cơ quan Quản Lý Sức khỏe

Không chắc /Không biết

Thông tin quý vị nhận có ích không?

Có Không

Có phải lần đầu quý vị nghe về việc lắc em bé là nguy hiểm không?

Có Không

Quý vị có đề nghị thông tin này nên cung cấp cho các người mới làm cha mẹ không?

Có Không

Chúng tôi có thể gọi trong 7 tháng nữa để hỏi xem quý vị có nhớ thông tin nhận hôm nay không?

Có Không

Nếu quý vị trả lời có, xin vui lòng cung cấp số điện thoại

Nhà: (_____) _____ Di động: (_____) _____

Còn điều gì khác quý vị muốn chúng tôi biết không?