

Liberación de responsabilidad por visita durante las 24 horas por parte del bebé

Yo _____ me encuentro amamantando/alimentando a mi bebé con biberón y deseo continuar con esta alimentación durante mi hospitalización en St. Mary's Medical Center. Comprendo y acepto cualquier posible riesgo al cual pueda estar expuesto mi bebé en el entorno hospitalario.

Pautas:

1. Un adulto (mayor de 18 años) además de la madre debe estar presente en todo momento para la atención del bebé.
2. Yo / Nosotros la madre y/o padre de _____ de _____ de edad,
Nombre del niño Edad en meses
verifico/verificamos que nuestro bebé se encuentra libre de cualquier enfermedad infecciosa y no presenta síntomas de temperatura elevada, sarpullido, tos o diarrea. Como padres, verificamos que el niño antes mencionado se encuentra libre de cualquier enfermedad infecciosa y no presenta síntomas de temperatura elevada, sarpullido, tos o diarrea. Damos nuestro consentimiento para que se realice el examen físico de nuestro hijo por un médico u otro miembro adecuado del personal de St. Mary's Medical Center si dicho examen se considera necesario o recomendado por St. Mary's Medical Center.
3. El bebé deberá permanecer en la habitación de la madre y no podrá estar en ningún otro lugar de la unidad de recién nacidos.
4. Se le proporcionará una cuna con sábanas, pero todos los otros suministros deben ser provistos por el padre/madre o la familia.
5. El bebé no debe depender de ninguna intervención médica especial, como es el caso de un monitor de apnea.

He leído y acepto regirme por las pautas antes mencionadas y libero a St. Mary's Medical Center de cualquier responsabilidad relacionada a mi bebé.

Firma de la madre

Fecha/Hora

Firma del padre (opcional)

Fecha/Hora

Testigo Enfermera matriculada

Fecha/Hora

