



Rechazo de consentimiento para examen de pulsioximetría

Yo, padre/madre/tutor de _____, nacido/a el _____,
Nombre completo del recién nacido Fecha de nacimiento

me niego a que se realice lo siguiente con mi hijo/a (marque todas las opciones que correspondan):

- Recibir un examen de pulsioximetría.
- Recibir una evaluación por ecocardiograma (ECO), si es necesario.
- Ser trasladado a otro establecimiento, si es necesario.

Comprendo que el examen de pulsioximetría se realiza para la detección temprana de la cardiopatía congénita crítica. Esta peligrosa cardiopatía puede ocasionar la muerte o una incapacidad permanente si no se detecta a tiempo.

He leído el Folleto de exámenes neonatales y he hablado acerca del examen de pulsioximetría con el/la médico/a de mi bebé, el/la partero/a, un miembro del personal de enfermería del hospital u otro proveedor de atención médica.

Comprendo los beneficios del examen, la evaluación y el traslado. Me han explicado los peligros potenciales que implica no recibir estos servicios. He tomado mi decisión de rechazar el examen, la evaluación o el traslado en libertad y sin que mi médico/a, el/la partero/a, el/la médico/a de mi hijo/a, el personal del hospital o funcionarios estatales hayan ejercido fuerza ni incitación.

Acepto toda la responsabilidad, legal y de otro tipo, de esta decisión.

| | | |
|---|-------|-------|
| Nombre completo en letra de imprenta de la madre | Firma | Fecha |
| Nombre completo en letra de imprenta del padre | Firma | Fecha |
| Nombre completo en letra de imprenta del proveedor de atención médica autorizado* | Firma | Fecha |

* Los proveedores de atención médica autorizados incluyen médicos/as, enfermeros/as y parteros/as.

Instrucciones para el proveedor de atención médica:

1. Indique a los padres que lean el Folleto de exámenes y servicios neonatales. Dialogue con los padres sobre el examen de pulsioximetría y los posibles servicios de seguimiento (evaluación por ecocardiograma, traslado a otro establecimiento). Repase los beneficios de estos servicios y los posibles peligros de no recibirlos.
2. Complete este formulario para cada recién nacido cuando al menos uno de los padres rechace el examen de pulsioximetría, la evaluación por ecocardiograma o el traslado a otro establecimiento. No es necesaria la firma del otro padre del recién nacido (pero se solicita) si dicho padre también rechaza los servicios.
3. Entregue una copia del formulario a los padres y envíe una copia al proveedor de atención primaria del bebé.
4. Conserve los originales para su registro.
5. Envíe por fax una copia de este formulario al 401-222-5688, dirigido al Newborn Screening Program (Programa de exámenes neonatales).
6. Si desea obtener formularios adicionales, puede descargarlos del sitio web del Departamento de Salud de Rhode Island en <https://health.ri.gov/publications/bytopic.php?parm=Newborn%20Screening#Parents>. Los formularios se encuentran en la sección "Parents" (Padres) del lado derecho de la pantalla.