



Rechazo del consentimiento al examen sanguíneo neonatal

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

me niego a que le extraigan sangre a mi hijo/a para determinar si tiene algún trastorno metabólico, endocrino, de la hemoglobina o de otro tipo que pueda detectarse a través del examen neonatal. Metabólico se refiere a cómo el organismo digiere los alimentos. Endocrino se refiere a cómo el organismo controla numerosas funciones. Hemoglobina se refiere a la sangre.

Me han informado que el examen neonatal es obligatorio para todos los bebés nacidos en Rhode Island, a menos que el examen entre en conflicto con las prácticas y los preceptos religiosos de los padres.

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

Comprendo que el examen se realiza para la detección temprana de trastornos que pueden tratarse. Comprendo que los síntomas a veces no aparecen durante varias semanas o meses.

Comprendo que cuando las afecciones del examen neonatal no se detectan y se tratan en el período neonatal, pueden producirse daños permanentes como retraso mental, del desarrollo o del crecimiento, e incluso la muerte.

Comprendo los beneficios del examen neonatal. Me han explicado los peligros potenciales de la no realización del examen. He tomado mi decisión de rechazar el examen 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 de la madre	Firma	Fecha
-----------------------------	-------	-------

Nombre completo del padre	Firma	Fecha
---------------------------	-------	-------

Nombre completo del proveedor de atención médica autorizado*	Firma	Fecha
--	-------	-------

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

Marque una opción: Parto en el hospital Parto en la casa

Instrucciones para el proveedor de atención médica:

1. Indique a los padres que lean el Folleto de exámenes y servicios neonatales.
2. Complete este formulario para cada recién nacido cuando los padres rechacen el examen neonatal.
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.