



Rechazo de consentimiento para examen auditivo del recién nacido

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

me niego a que se realice un examen auditivo de mi hijo/a para determinar si tiene una pérdida de la audición.

Me han informado que el examen auditivo del recién nacido es obligatorio para todos los bebés nacidos en el Estado de 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. Considero que todas mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Comprendo que el examen se realiza para la detección temprana de la pérdida de la audición, que puede afectar el desarrollo del habla y el lenguaje.

Comprendo los beneficios del examen auditivo del recién nacido. 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.
Nombre en letra de imprenta del hospital: _____

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 describiendo examen auditivo del recién nacido.
2. Complete este formulario para cada recién nacido cuando los padres rechacen el examen neonatal. No es necesaria la firma del otro padre del recién nacido (pero se solicita) si dicho padre también rechaza los servicios.
3. Envíe el formulario original Newborn Screening Program (Programa de exámenes neonatales) en el Departamento de Salud de RI, 3 Capitol Hill, Room 302, Providence, RI 02908 o por fax al 401-222-5688.
4. Entregue una copia del formulario a los padres y envíe una copia al proveedor de atención primaria del bebé.
5. Conserve los originales para su registro.
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.