



## Formulario para documentar el rechazo del padre, madre o tutor a los exámenes de detección obligatorios para recién nacidos

Envíelo por fax al Programa de Exámenes de Detección para Recién Nacidos de New England al 617-522-2846 [teléfono 617-983-6300]

### Identificadores de recién nacidos

Id. de certificado de nacimiento (si está disponible) \_\_\_\_\_  
 Apellido del niño \_\_\_\_\_ Nombre del niño \_\_\_\_\_  
 Género \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_  
 Hospital de nacimiento del niño \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)  
 Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
 Dirección de la madre \_\_\_\_\_

### PADRES/TUTORES:

Comprendo/comprendemos que las leyes y normativas de Massachusetts [105 CMR 270.000] exigen la realización de exámenes a todos los recién nacidos en Massachusetts (a menos que los padres o tutores se opongan sobre la base de principios o prácticas religiosas) para ciertas enfermedades que, de no ser tratadas, pueden causar retraso mental y otros problemas de salud graves.

Comprendo/comprendemos que el objetivo del Examen de detección obligatorio para recién nacidos es analizar a todos los recién nacidos en Massachusetts para detectar señales tempranas de una variedad de enfermedades tratables y que esos síntomas a menudo no aparecen durante varias semanas o meses después del nacimiento.

Comprendo/comprendemos que si mi bebé tiene una enfermedad incluida en el Examen de detección obligatorio para recién nacidos de Massachusetts y rechazo/rechazamos el Examen de detección obligatorio para recién nacidos, me arriesgo/nos arriesgamos a que la enfermedad de mi/nuestro bebé no sea diagnosticada hasta que sea demasiado tarde, causando daño permanente a mi/nuestro hijo, incluso discapacidad mental grave, falla del crecimiento, coma o, en algunos casos, la muerte.

Me/nos explicaron los beneficios de los exámenes para recién nacido y el posible peligro de no realizar los exámenes. Tuve/tuvimos la oportunidad de conversar sobre el examen para recién nacidos con el médico de nuestro bebé, el personal de enfermería del hospital u otro proveedor de atención y respondieron todas nuestras preguntas. Mi/nuestra decisión de rechazar el examen para recién nacidos fue tomada libremente sin imposición o incentivo de mi médico, el médico de mi bebé, personal del hospital o funcionarios del estado.

Reconozco/reconocemos que este formulario será archivado en la historia clínica de nuestro bebé y que se enviarán copias al proveedor de atención de nuestro bebé y el Programa de Exámenes de Detección para Recién Nacidos de New England.

Rechazo/rechazamos el Examen de detección obligatorio para recién nacidos **para mi/nuestro bebé mencionado anteriormente** por razones religiosas.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PRIMER PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PRIMER PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL SEGUNDO PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SEGUNDO PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*(exigida si el segundo padre o tutor también tiene la custodia legal)*

TESTIGO/Médico tratante \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*Nombre en letra de imprenta y firma*

### PERSONAL MÉDICO:

Explicué los requisitos de exámenes de detección para recién nacidos de Massachusetts, el objetivo y método del examen de detección para recién nacidos y las posibles consecuencias **para el niño ya mencionado** si los padres o tutores del niño no autorizan el examen de detección para recién nacidos. Respondí las preguntas que los padres o tutores ya mencionados formularon sobre los exámenes de detección para recién nacidos.

Médico tratante \_\_\_\_\_  
(nombre y cargo en letra de imprenta) (firma y fecha)

Hospital o consultorio \_\_\_\_\_  
(nombre) (dirección) (teléfono/correo electrónico)

Si los padres rechazan el examen de detección Y se rehúsan a firmar, documente el rechazo con otro testigo

Nombre en letra de imprenta del testigo que no es el médico tratante Firma del testigo Fecha