

Exención de administración de vitamina K

RECHAZO DE TRATAMIENTO RECOMENDADO PARA RECIÉN NACIDOS

SELLE LA IDENTIFICACION

Solicito que la administración de vitamina K para la prevención de trastornos de sangrado no se le realice a _____ antes del alta desde Mount Auburn Hospital.

Rechazo la administración de vitamina K, la que previene trastornos de sangrado. Se me informó que la administración de vitamina K es recomendada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) y la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP, American Academy of Pediatrics). Comprendo que la deficiencia de vitamina K puede causar sangrado severo, el que causa daño cerebral permanente si ocurre en el cerebro de mi bebé.

Soy consciente de que esta medida no es compatible con los estándares médicos para recién nacidos establecidos por los CDC y la AAP y va en contra de la recomendación del médico tratante de mi bebé. Me informaron sobre el objetivo y los beneficios de la administración de vitamina K y los riesgos y complicaciones que pueden surgir del rechazo a la administración de vitamina K para mi bebé.

Por medio del presente documento, eximo a Mount Auburn Hospital, sus empleados, personal, médicos, funcionarios, directores y agentes de la responsabilidad por cualquier daño y otras consecuencias relacionadas con mi rechazo a la administración de vitamina K para mi bebé. Admito y acepto la responsabilidad de informar al pediatra de mi bebé y a otros proveedores de atención de salud que la administración específica de vitamina K **no se** realizó.

Leí este documento en su totalidad, tuve la oportunidad de hacer preguntas y lo comprendo totalmente.

Sin embargo, en esta oportunidad he decidido rechazar la administración de la inyección de vitamina K para mi recién nacido. Sé que no seguir esta recomendación de los CDC y la AAP puede poner en peligro la salud y la vida de mi bebé.

Firma del padre, madre o persona autorizada:

Padre o madre (o persona autorizada para firmar por el paciente) Nombre en letra de imprenta Fecha Hora (24 horas)

Testigo de la firma del padre, madre o persona autorizada:

Firma del testigo D RN D MD Nombre en letra de imprenta D RN D MD Fecha Hora (24 horas)

