

Exención de administración de eritromicina
RECHAZO DE TRATAMIENTO RECOMENDADO PARA
RECIÉN NACIDOS

SELLE LA IDENTIFICACION

Solicito que la administración de ungüento oftálmico con eritromicina para el tratamiento de posibles infecciones oculares en recién nacidos no se le realice a _____ antes del alta desde Mount Auburn Hospital.

Rechazo la aplicación del ungüento oftálmico con eritromicina que se usa para la prevención de la infección con clamidia y gonorrea en los ojos de mi bebé, el cual puede causar infección y en algunos casos lesión ocular permanente y ceguera. Se me informó que este tratamiento lo exige el Departamento de Salud Pública de Massachusetts, en conformidad con las Leyes Generales de Massachusetts, Capítulo 111, Sección 109A.

Soy consciente de que esta medida no es compatible con los estándares médicos para recién nacidos establecidos 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) y va en contra de la recomendación del médico tratante de mi bebé. Me informaron sobre el objetivo y los beneficios del ungüento oftálmico con eritromicina para el tratamiento de infecciones oculares en recién nacidos y los riesgos y las complicaciones que pueden ocurrir a causa del rechazo de la administración de eritromicina para mi bebé.

Por medio del presente documento eximo a Mount Auburn Hospital, sus empleados, personal, médicos, funcionarios, directores y agentes de responsabilidad por cualquier daño y otras consecuencias relacionadas con mi rechazo de la administración del ungüento oftálmico con eritromicina 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 del ungüento oftálmico con eritromicina **no** se realizó.

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

Sin embargo, en esta oportunidad decidí rechazar la administración del ungüento oftálmico con eritromicina para mi bebé. Sé que no seguir esta recomendación de los CDC y la AAP puede poner en peligro la salud y el bienestar 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) ____:____

