



Programa de Detección para Recién Nacidos
Rechazo de las Pruebas de Detección para
Recién Nacidos
DE NUEVO MÉXICO

Nombre del Infante (Letra de Molde)

Hospital de Nacimiento/Nombre de la Partera

Fecha de Nacimiento

Dirección Física

Nombre de la Madre:

Ciudad/ Estado/ Zip

- 1) He recibido el folleto del Departamento de Salud titulado Pruebas de Detección de para Recién Nacidos de Nuevo México y Enfermedades Cardíacas Congénitas Críticas, sobre las pruebas de detección de recién nacidos para trastornos metabólicos, endocrinos, de hemoglobina, auditivos y cardíacos congénitos críticos.
- 2) He sido informada y entiendo que estas pruebas son mandatarias por Ley Estatal para todos los infantes nacidos en Nuevo México.
- 3) He sido informada y entiendo que estas pruebas son hechas para detectar estos trastornos, ya que los bebés pueden lucir normales y sus síntomas pueden aparecer después de varias semanas o meses.
- 4) He sido informada y entiendo que, si no son tratadas, estas condiciones pueden causar daños permanentes en mi bebé, incluyendo discapacidades cognitivas serias, falta de crecimiento, y en algunos casos la muerte.
- 5) He discutido estos requerimientos con _____ y
Nombre del Profesional de Salud
se me han explicado, y entiendo todos los riesgos envueltos si dichas pruebas no son hechas a mi bebé.
- 6) He sido informada y entiendo la naturaleza de las pruebas y cómo son ofrecidas.
- 7) Rechazo la(s) siguiente(s) evaluación(s):
____ Evaluación Genética para Recién Nacidos
____ Cardiopatía Congénita Crítica para Recién Nacidos
____ Prueba Auditiva para Recién Nacidos

y no deseo que _____ sea evaluado(a) para estas condiciones.

Nombre del Infante

- 8) ¿Podría compartir con nosotros la razón por la cual no desea que su bebé sea evaluado(a)?

Mi decisión fue hecha libremente sin ser forzada o motivada por mi doctor, partera, personal del hospital, u oficiales estatales, y acepto cualquier responsabilidad legal por las consecuencias de esta decisión.

Firmada _____

Relación _____

Letra de Molde _____

Presenciado por _____

Fecha ____/____/____

Original
Archivo Médico del
Infante

Copia
NM Newborn Screening Program
1190 S. St. Francis Drive
Santa Fe, NM 87505

Copia
Padre/Madre/Guardián

Fecha: 15/3/2024