

Formulario de Renuncia a la Prueba Auditiva para Recién Nacidos

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____

Centro de Nacimiento: _____ Partera: _____

Proveedor de Salud: _____

Yo, _____, solicito que NO se le realice la prueba de
(padre/madre/guardián)

audición a mi bebé.

Al firmar este formulario, yo reconozco la siguiente información:

Se me ha informado que las pruebas de detección auditiva en recién nacidos son seguras, no causan dolor, y proporcionan información importante sobre la salud de mi hijo.

Se me ha informado que las diferencias auditivas constituyen un rango y pueden no ser percibidas sin una prueba de detección auditiva.

Se me ha informado que la detección temprana de diferencias auditivas mediante una prueba auditiva puede favorecer el desarrollo y las habilidades comunicativas, así como mejorar el acceso a servicios de apoyo, tales como la Intervención Temprana.

Se me ha informado que no se le puede negar a mi bebé una prueba de detección auditiva si no puedo pagarla, de conformidad con el Estatuto Revisado de Oregón 433.321.

Entiendo que puedo comunicarme con un proveedor local de pruebas de detección auditiva en cualquier momento y solicitar una prueba de detección auditiva para mi bebé.

Asumo toda la responsabilidad y las consecuencias de decidir no recibir una prueba de detección auditiva para mi bebé.

Rechazo esta prueba de detección auditiva porque estoy criando a mi bebé conforme a principios y prácticas religiosas que son incompatibles con la realización de dicha prueba.

X _____
Firma (padre/madre/guardián)

X _____
Fecha

X _____
Relación al bebé

X _____
Firma (testigo)

Si tiene preguntas adicionales sobre las pruebas de detección auditiva, hable con el equipo médico de su hijo o visite healthoregon.org/EHDI para obtener más información.