

Oregon State Public Health Laboratory



Programa de Evaluación de Manchas de Sangre en Recién Nacidos de la Región del Noroeste

Negativa por motivos religiosos al análisis de sangre para la evaluación del recién nacido

Yo/Nosotros, _____ soy/somos el tutor legal/los padres de
 Nombre completo de los padres/el tutor en letra imprenta
 _____, nacido el ____/____/____ en _____.

Nombre del niño

MM DD AAAA

Centro

1. Se me/nos han explicado completamente los beneficios médicos del análisis de sangre para la evaluación del recién nacido obligatoria para todos los recién nacidos en el Estado de Oregon según las Normas Administrativas 333-024-1000 a 333-024-1110.
2. Se me/nos ha informado y entiendo/entendemos que esta evaluación se realiza para detectar más de 40 trastornos, cuyos síntomas a veces no aparecen durante varias semanas o meses, y que pueden ocurrir daños irreversibles antes de que los síntomas se vuelvan evidentes para la familia o los proveedores de atención médica.
3. Entiendo/entendemos que no detectar y tratar las afecciones que se evalúan dentro de los primeros días o semanas de vida puede poner en peligro la vida o causar importantes deterioros físicos o mentales.
4. Se me/nos ha informado y entiendo/entendemos que el riesgo de que mi/nuestro bebé tenga una de estas afecciones es aproximadamente de 1 en 250 nacimientos.
5. He/Hemos hablado sobre las pruebas con _____ RN, PA, NP, MD, DO y la partera, quien me/nos ha explicado los riesgos involucrados si mi a hijo no se le realiza esta evaluación.
6. Se me/nos ha informado y entiendo/entendemos la única razón legalmente permitida para negarme/negarnos a que a mi/nuestro bebé se le realice esta evaluación.

De conformidad con las disposiciones de las Normas Administrativas de Oregon 333-024-1050, los padres o el tutor legal abajo firmantes de _____ con fecha de nacimiento
 el _____, declara que este niño está exento de la evaluación del recién nacido.
 Nombre del niño
 Fecha

Firma de los padres o tutor legal

Fecha

Original a:
Historia clínica del niñoCopia a:
Programa Oregon NBS
PO Box 275
Portland, OR 97207-0275Copia a:
Padres/tutor legal
PCP: _____

7202 NE Evergreen Parkway Suite 100, Hillsboro, Oregon, 97124

Mensajes de voz: (503) 693-4174 | Fax: 503-693-5601

Se aceptan todas las llamadas por servicio de retransmisión|
<https://www.oregon.gov/oha/ph/laboratoryservices/newbornscreening>