

Nevada State Health Laboratory
Newborn Screening Program
1664 North Virginia Street, MS 0385
Reno, NV 89557
(P) 775.682.6238 (F) 775.327.5198



Newborn Screening Follow-Up
(P) 702.289.4578 (F) 866.678.5589

FORMA NEGATIVA DETECCION PARA RECIÉN NACIDOS

Nombre Completo del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El Hospital de Nacimiento: _____ Numero de Expediente Medico: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

- Yo/Nosotros hemos sido informados y entiendo que la evaluación del recién nacido es obligatorio para todos los bebés nacidos en Nevada (NAC 442.030).
- Yo/Nosotros hemos recibido y leído el folleto titulado "Programa de Detección para Recién Nacido", que describe las condiciones identificadas por cribado neonatal que incluyen metabólica, endocrina, la hemoglobina y los trastornos de la fibrosis quística.
- Yo/Nosotros hemos sido informados y que el objetivo de la evaluación del recién nacido es una temprana detección para trastornos tratables y que los síntomas pueden aparecer hasta varias semanas o meses después.
- Yo/Nosotros hemos sido informado y entiendo que si no detectada o no tratada en el recién nacido periodo, estas condiciones pueden causar daños permanentes como retraso mental grave, retrasos en el desarrollo, la falta de crecimiento, y en algunos casos, la muerte.
- Los beneficios de la evaluación del recién nacido y los peligros potenciales de no ser examinados han explicado a mí/nosotros. Es mi/nuestra decisión de rechazar la evaluación del recién nacido libremente y sin la fuerza o el estímulo de mi/nuestro médico, el personal médico, hospital de mi bebé, o funcionarios del Estado. **Motivo del rechazo:** _____
- Yo/Nosotros acepto toda la responsabilidad, legales y de otra manera, por las consecuencias de mi/nuestra decisión **NO** estoy de acuerdo a la colección de la muestra de sangre de mi/nuestro bebé para la evaluación del recién nacido pruebas.

Padre/Madre/Tutor Legal Nombre Impreso: _____ Fecha: _____

Padre/Madre/Tutor Legal Firma: _____ Fecha: _____

DR/RN/MW Impreso Nombre completo: _____ Fecha: _____

Historia Clinica del Nino: Original

Copias: Padre/Tutor, PCP del bebe, Fax al Analisis de Recién Nacidos de Seguimiento @ 866-678-5589 or 775-327-5198

*Debe ser presentado dentro de los 2 dias habiles siguientes al la finalization (NAC 442.050)

Revisado: 12/8/2020