

RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO PARA REPETIR EL EXAMEN DE DETECCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Yo/Nosotros, _____, el padre/madre/tutor(es) de
Nombre del padre/madre/tutor(es)

_____, nacido el _____ en
Nombre del niño Fecha de nacimiento

_____, rehusamos que tomen sangre de nuestro niño con el propósito de
Lugar de nacimiento

determinar si él/ella tienen una condición de salud que puede causar muerte, discapacidad o enfermedad. Comprendemos que el espécimen inicial obtenido no fue satisfactorio para examinar o indicó una necesidad de repetir la prueba. Las condiciones examinadas incluyen las treinta y tres condiciones indicadas a continuación. Yo/nosotros comprendemos que el Departamento de Salud en Vermont recomienda que todos los bebés sean examinados por estas condiciones en el período de recién nacido.

- | | |
|--|--|
| <i>3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiency (3MCC)</i> | <i>Maple syrup urine disease (MSUD)</i> |
| <i>3-OH 3-CH3 glutaric aciduria (HMG)</i> | <i>Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (MCAD)</i> |
| <i>Argininosuccinic acidemia (ASA)</i> | <i>Methylmalonic acidemia (Cbl A, B)</i> |
| <i>Beta-ketothiolase deficiency (BKT)</i> | <i>Methylmalonic acidemia (MUT)</i> |
| <i>Biotinidase deficiency (BIOT)</i> | <i>Mucopolysaccharidosis type I (MPS I)</i> |
| <i>Carnitine uptake defect (CUD)</i> | <i>Multiple carboxylase deficiency (MCD)</i> |
| <i>Citrullinemia (CIT)</i> | <i>Phenylketonuria (PKU)</i> |
| <i>Congenital adrenal hyperplasia (CAH)</i> | <i>Pompe disease</i> |
| <i>Congenital hypothyroidism (HYPOTH)</i> | <i>Propionic acidemia (PROP)</i> |
| <i>Cystic fibrosis (CF)</i> | <i>Severe Combined Immunodeficiency (SCID)</i> |
| <i>Galactosemia (GALT)</i> | <i>Sickle cell anemia (SCA)</i> |
| <i>Glutaric acidemia type I (GA I)</i> | <i>Spinal muscular atrophy (SMA)</i> |
| <i>Hb S/Beta-thalassemia (Hb S/Th)</i> | <i>Trifunctional protein deficiency (TFP)</i> |
| <i>Hb S/C disease (Hb S/C)</i> | <i>Tyrosinemia type I (TYR I)</i> |
| <i>Homocystinuria (HCY)</i> | <i>Very long-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (VLCAD)</i> |
| <i>Isovaleric acidemia (IVA)</i> | <i>X-linked adrenoleukodystrophy (X-ALD)</i> |
| <i>Long-chain L-3-OH acyl-CoA dehydrogenase deficiency (LCHAD)</i> | |

Otros tipos de pruebas de detección las cuales pueden ser hechas en casa u hospital incluyen la detección de la pérdida de audición y oximetría del pulso para detectar Cardiopatías Congénitas Críticas.

~ Yo/nosotros hemos leído el folleto proporcionado por el Programa de Detección del Recién Nacido del Departamento de Salud en Vermont y entendemos que el Departamento de Salud recomienda que todos los bebés sean examinados por estas condiciones en el período de recién nacido.

~ Yo/nosotros comprendemos que el Programa de Detección del Recién Nacido en Vermont recomienda que se haga unas pruebas de seguimiento debido a que la prueba hecha el _____ un resultado que es preocupante debido a _____.

~ Yo/nosotros creemos que tenemos toda la información necesaria y hemos tomado la decisión de no repetir las pruebas de detección al recién nacido para nuestro bebé/bebés.

~ Yo/nosotros no deseamos tratar en adelante sobre los exámenes de recién nacido con el personal que examinan al recién nacido, nuestro médico del bebé, u otros proveedores de cuidado quienes están disponibles para responder preguntas relacionadas.

~Yo/nosotros comprendemos que si nuestro bebé no tiene una de estas condiciones, y la condición no es diagnosticada en el período del recién nacido, el riesgo que nuestro bebé podría tener problemas, incluyendo discapacidades intelectuales y/o muerte, podría ser muy alto.

Firma del padre/madre/tutor(es) Fecha

Firma del testigo Fecha

Por favor envíe este formulario por correo al Programa de Detección al Recién Nacido de Vermont, PO BOX 70, 108 Cherry St., Burlington, VT 05402. Si tiene preguntas por favor llame al (802) 951-5180.