



Agencia de Servicios Humanos  
División de Salud Materna e Infantil  
Niños con Necesidades Especiales de Salud  
Programa de Detección de Recién Nacidos de Vermont

## RECHAZO AL CONSENTIMIENTO PARA 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

\_\_\_\_\_, rechazamos que obtengan una muestra de sangre de nuestro hijo con el propósito de  
Lugar de Nacimiento

determinar si él/ella podrían tener una condición de salud que puede causar la muerte, discapacidad o enfermedad. Las condiciones examinadas incluyen las treinta y tres condiciones indicadas a continuación. Se ha explicado que el Departamento de Salud en Vermont recomienda que todos los bebés se hagan en examen de estas condiciones en el período de recién nacido.

*3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiency (3MCC)*

*3-OH 3-CH3 glutaric aciduria (HMG)*

*Argininosuccinic acidemia (ASA)*

*Beta-ketothiolase deficiency (BKT)*

*Biotinidase deficiency (BIOT)*

*Carnitine uptake defect (CUD)*

*Citrullinemia (CIT)*

*Congenital adrenal hyperplasia (CAH)*

*Congenital hypothyroidism (HYPOTH)*

*Cystic fibrosis (CF)*

*Galactosemia (GALT)*

*Glutaric acidemia type I (GA I)*

*Hb S/Beta-thalassemia (Hb S/Th)*

*Hb S/C disease (Hb S/C)*

*Homocystinuria (HCY)*

*Isovaleric acidemia (IVA)*

*Long-chain L-3-OH acyl-CoA dehydrogenase deficiency (LCHAD)*

*Maple syrup urine disease (MSUD)*

*Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (MCAD)*

*Methylmalonic acidemia (Cbl A, B)*

*Methylmalonic acidemia (MUT)*

*Mucopolysaccharidosis type I (MPS I)*

*Multiple carboxylase deficiency (MCD)*

*Phenylketonuria (PKU)*

*Pompe disease*

*Propionic acidemia (PROP)*

*Severe Combined Immunodeficiency (SCID)*

*Sickle cell anemia (SCA)*

*Spinal muscular atrophy (SMA)*

*Trifunctional protein deficiency (TFP)*

*Tyrosinemia type I (TYR I)*

*Very long-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (VLCAD)*

*X-linked adrenoleukodystrophy (X-ALD)*

Otros tipos de pruebas de detección incluyen la detección de la pérdida de audición y oximetría de pulso para detectar Cardiopatías Congénitas Críticas.

*~Yo/nosotros hemos sido informados que el procedimiento incluye una punción en el talón para obtener sangre para la prueba.*

*~Yo/nosotros hemos tenido la oportunidad de conversar con el médico de nuestro bebé, el personal de enfermería del hospital, u otro proveedor de cuidado privado, y todas nuestras preguntas han sido respondidas a nuestra satisfacción.*

*~Yo/nosotros además 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.*

*~Yo/nosotros reconocemos que este formulario será archivado en el registro médico de nuestro bebé, y copias serán enviadas al proveedor de cuidado de nuestro bebé y el Departamento de Salud en Vermont.*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor(es)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Instrucciones:

- Este formulario debe ser completado para todos los niños cuando el padre/tutor(es) rechazan las pruebas de detección del recién nacido. La copia original firmada debe ser colocada en el registro médico del niño o en el caso de nacimientos en casa, en el registro mantenido por el asistente del parto..
- Las fotocopias deben ser enviadas al proveedor de cuidado primario del niño y al Programa de Detección de Recién Nacidos de Vermont al P.O. Box 70, 108 Cherry St. Burlington, VT 05402. Si tiene preguntas por favor llame al (802) 951-5180.