



EXENCIÓN RELIGIOSA DEL PROGRAMA DE EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Formulario del Estado 54102-S (R5 / 8-26)
DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA

**ADJUNTE LA ETIQUETA AQUÍ O COMPLETE
LA DEMOGRAFÍA EN LA EXENCIÓN.**

Se me ha informado acerca del Programa de Evaluación del Recién Nacido para el estado de Indiana y he recibido y leído la información acerca de las evaluaciones requeridas por la ley, pero elijo rechazar que se le realicen las siguientes pruebas a mi hijo, por motivos relacionados con mis creencias religiosas:

- ☐ Prueba de audición (para establecer pérdida auditiva) ***Si la prueba de audición fue la única prueba rechazada, envíe el formulario completo por fax al 317-925-2888.**
- ☐ Prueba del talón (para detectar más de 50 afecciones genéticas raras)
- ☐ Prueba de oximetría de pulso (para cardiopatía congénita crítica)

Nombre y apellido(s) del recién nacido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo del recién nacido: ☐ Femenino ☐ Masculino

Nombre y apellido(s) de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Centro de maternidad o de atención del parto: _____

Firma del padre o madre

Fecha (mes/día/año)

Firma del testigo

Fecha (mes/día/año)

SI LA PRUEBA DEL TALON ES RECHAZADA, pero la prueba de oximetría de pulso o audición fueron realizadas, utilice el espacio a continuación para reportar todos los resultados antes de entregar esta exención al Departamento de Salud de Indiana (IDOH por sus siglas en inglés).

Prueba de Audición	Prueba de Oximetría de Pulso
Prueba Inicial Fecha de evaluación: _____ Oído izquierdo: ☐ Pasó ☐ Referir Oído derecho: ☐ Pasó ☐ Referir	Prueba Inicial Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: ☐ Sala de recién nacidos ☐ NICU ☐ Otro (especificar): _____ Saturación de oxígeno: Mano derecha _____ Pie _____ Resultado: ☐ Pasó ☐ NO pasó
Revaluación Fecha de evaluación: _____ Oído izquierdo: ☐ Pasó ☐ Referir Oído derecho: ☐ Pasó ☐ Referir	Revaluación Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: ☐ Sala de recién nacidos ☐ NICU ☐ Otro (especificar): _____ Saturación de oxígeno: Mano derecha _____ Pie _____ Resultado: ☐ Pasó ☐ NO pasó
Factores de Riesgo: (Marque todo lo que corresponda.) ☐ Anomalías craneofaciales ☐ Historia familiar de pérdida de audición congénita ☐ Infección Intrauterina ☐ Ictericia	Ecocardiograma Fecha: _____ Hora: _____ Resultado: ☐ Normal ☐ Abnormal (Diagnóstico) _____ Prueba no realizada debido a excepción: ☐ Con diagnóstico prenatal de Afección Cardíaca Congénita ☐ Con oxígeno suplementario o soporte respiratorio ☐ Ecocardiograma realizado antes de la prueba ☐ Recibiendo cuidados paliativos/de hospicio

Envíe la exención completa al IDOH GNBS:

NewbornScreening@health.in.gov

Fax: (317) 234 - 2295