Reset Form

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 Inicial

Fecha de evaluación: _____

Oído izquierdo:
☐ Pasó
☐ Referir

Oído derecho:
☐ Pasó
☐ Referir

Revaluación

Fecha de evaluación: _____

Oído izquierdo:
☐ Pasó
☐ Referir

Oído derecho:
☐ Pasó
☐ Referir

Factores de Riesgo: *(Marque todo lo que corresponda.)*

☐ Anomalías craneofaciales
☐ Historia familiar de pérdida de audición congénita
☐ Infección Intrauterina
☐ Ictericia

Prueba de Oximetría de Pulso

Prueba Inicial

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar: ☐ Sala de recién nacidos ☐ NICU

☐ Otro *(especificar)*: _____

Saturación de oxígeno: Mano derecha _____ Pie _____

Resultado: ☐ Pasó ☐ NO pasó

Revaluación

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar: ☐ Sala de recién nacidos ☐ NICU

☐ Otro *(especificar)*: _____

Saturación de oxígeno: Mano derecha _____ Pie _____

Resultado: ☐ Pasó ☐ NO pasó

Ecocardiograma

Fecha: _____ Hora: _____

Resultado: ☐ Normal ☐ Abnormal *(Diagnóstico)* _____

Prueba no realizada debido a excepción:

☐ Con diagnóstico prenatal de Afección Cardiaca Congénita
☐ Con oxigeno 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 - 2995