



Newborn Screening Dried Blood Spot Screening Refusal Form

Soy uno de los progenitores o el tutor legal de un niño/una niña nacido(a) en Carolina del Sur. Por este medio, rechazo la prueba de cribado en mancha de sangre para mi hijo(a) debido a mis creencias religiosas. De acuerdo con la Sección 44-37-30(A) del Código Legal del estado de Carolina del Sur, esta prueba solo puede rechazarse en base a motivos religiosos.

Comprendo que la prueba permite detectar enfermedades graves de forma temprana, lo cual permite prevenir daño cerebral u otro tipo de lesiones o incluso la muerte. Sé que estas enfermedades con frecuencia no manifiestan síntomas en un principio, y que esta prueba es la mejor forma de diagnosticarlas. La prueba es rápida, sencilla y confidencial. Las leyes de Carolina del Sur obligan a que los resultados se mantengan privados. La prueba se realiza de forma rutinaria en todos los recién nacidos de Carolina del Sur y el resto de los Estados Unidos.

Se me ha proporcionado información acerca de los beneficios de la prueba de cribado en mancha de sangre y comprendo los riesgos implicados por rechazarla. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas.

Acepto eximir de cualquier responsabilidad al South Carolina Department of Public Health, a sus funcionarios, agentes y empleados, al centro donde tuvo lugar el parto, a las personas responsables de la recolección de la muestra para la prueba y a cualquier otra persona o entidad que se base en esta objeción, por cualquier lesión u otras causas de acción que puedan derivarse de mi decisión de rechazar la prueba de cribado neonatal para mi hijo(a).

Esta forma solo solicita la información mínima necesaria para cumplir con los requisitos legales y de salud pública. La realización de esta prueba es obligatoria según la ley de Carolina del Sur, con el fin de ayudar a proteger la salud y el bienestar de todos los recién nacidos.

Nombre completo del menor/la menor de edad, como aparece en el registro civil: _____

Fecha del Nacimiento del niño(a): _____

Nombre del progenitor o tutor legal (en letra de molde): _____

Firma del progenitor o tutor legal: _____ Fecha de hoy: _____

SECTION FOR COMPLETION BY THE ATTENDING HEALTHCARE PROVIDER

☐ I hereby certify that I have provided newborn screening education and distributed the corresponding newborn screening brochure (00192-ENG-ML) for the child identified above.

Healthcare Provider Name (Print): _____ Credentials: _____

Healthcare Provider Signature: _____ Today's Date: _____

Birth Facility Name: _____

Birth Facility Address _____

HOSPITALS ONLY

If a dried blood spot newborn screening specimen for the child identified above is to be collected by a midwife at a later time, please provide the name of the midwifery practice and the attending midwife.

Attending Midwife Name: _____

Midwife Affiliated Practice Name: _____

Newborn Screening Dried Blood Spot Screening Refusal Form

Instructions for Completing 1804-SPA-DPH

PURPOSE

This form is used by hospitals, health departments, and other healthcare providers to document a religious objection to newborn dried blood spot screening for inborn errors of metabolism and hemoglobinopathies.

INSTRUCTIONS

1. Only the healthcare provider responsible for the patient's direct care should read the refusal statement to the parent or legal guardian submitting a dried blood spot newborn screening refusal.
2. The parent or legal guardian should complete the top section of the refusal form.
3. The healthcare provider overseeing the patient's care should complete the bottom section of the refusal form.

OFFICE MECHANICS & FILING

Send the original to: Newborn Screening, SC DPH Public Health Laboratory, 8231 Parklane Road, Columbia, SC 29223 or fax to (803) 898-0337. Alternatively, forms may also be sent by encrypted email to NBS@dph.sc.gov. One copy can be given to the parent or legal guardian. One copy is filed under consents at the health department or healthcare facility where the form was signed.

The form will be retained following DPH records retention schedule 18810, "Newborn Screening Follow-up Documentation Records," Records Group Number: 169. The form will be retained in the Public Health Laboratory (PHL) Newborn Screening Follow-up Office for nine (9) years. After this time period is met, the information will be stored at the State Records Center for an additional 10 years and then destroyed.

ORDERING NEWBORN SCREENING BROCHURES

Newborn Screening brochures are available in multiple languages. Contact the DPH Educational Materials Library (EML) at 1-803-898-3539 or via online: <https://dph.sc.gov/professionals/health-professionals/educational-materials> to order brochures.