



**Programa de pruebas de detección para recién nacidos**

**Declaración de objeción religiosa por parte de los padres**

Yo soy el padre/madre o el tutor legal de \_\_\_\_\_, un niño que nació en Carolina del Sur el \_\_\_\_\_. Solicito que a mi hijo no se le haga la prueba del talón para la detección de enfermedades del metabolismo y de hemoglobinopatías silenciosas y mortales. Certifico que esta negativa está basada en mis creencias religiosas. Las creencias religiosas son la única razón para una negativa que permite la ley de Carolina del Sur, sección 44-37-30(C).

Entiendo que es posible que mi hijo padezca daño cerebral, otro daño corporal o la muerte si no se diagnostica una enfermedad que puede ser detectada con la prueba del talón. Entiendo que tal daño puede ser disminuido o prevenido con un diagnóstico y tratamiento tempranos. Entiendo que estas enfermedades son por lo general silenciosas y que pueden estar presentes en un niño que parece estar sano. Entiendo que la prueba del talón es la mejor forma de realizar una detección temprana de estas afecciones y que la prueba se hace rutinariamente a cada niño. Entiendo que esta prueba es rápida y fácil y que los resultados son confidenciales. Entiendo que desde hace muchos años esta prueba ha sido la atención médica estándar para todos los niños nacidos en Carolina del Sur y en el resto de Estados Unidos.

Me han informado en detalle y entiendo perfectamente las posibles consecuencias devastadoras para la salud de mi hijo si no se realiza la prueba del talón. Me han informado en detalle y entiendo perfectamente los beneficios de la prueba y del almacenamiento de las muestras de sangre. Me han dado el folleto producido por el Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur que describe las afecciones para las cuales una prueba está actualmente disponible y que explica los beneficios de realizar la prueba y del almacenamiento de las muestras de sangre. También entiendo que si no fuera por mi objeción, le habrían realizado a mi hijo la prueba para la detección de estas afecciones. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre esta prueba y estas afecciones y me han respondido todas mis preguntas a mi entera satisfacción.

Yo libero y eximo de responsabilidad al Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur, al centro médico donde tuvo lugar el nacimiento, a la(s) persona(s) responsable(s) de la recolección de las muestras de sangre y a cualquier otra persona o entidad que se base en esta objeción por cualquier lesión, enfermedad y/o consecuencias, incluyendo la muerte de mi hijo, que padezca mi hijo como consecuencia de mi negativa a que se haga la prueba del talón.

Padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigos: \_\_\_\_\_

**NOTA PARA PROVEEDORES:** este formulario es necesario sólo si el padre/madre o el tutor legal se niega a que se realice una prueba para efectos de la detección de errores congénitos del metabolismo y de hemoglobinopatías.

## Instrucciones

### Declaración de objeción religiosa por parte de los padres

**PROPÓSITO:** Este formulario es utilizado por el hospital, el departamento de salud y otros proveedores de atención médica para documentar una objeción religiosa a pruebas para recién nacidos para efectos de la detección de errores congénitos del metabolismo y hemoglobinopatías.

#### INSTRUCCIONES DETALLADAS:

Sección superior: en las líneas indicadas, escriba con letra de molde el nombre del recién nacido y la fecha de nacimiento.

Sección inferior: el padre/madre o el tutor firma con el nombre e indica la fecha en el espacio apropiado. El testigo firma con el nombre e indica la fecha en el espacio apropiado.

**PROCEDIMIENTOS DE OFICINA Y ARCHIVO:** Envíe el documento original a Newborn Screening Follow-up Program, Division of Woman and Children's Services, SC DHEC, Mills/Jarret Complex, Box 101106, Columbia SC 29211. Incluya el nombre completo y la dirección postal del padre/madre o tutor. Se puede dar una copia al padre/madre o tutor. Una copia se archiva bajo consentimientos en el departamento de salud o en la instalación donde se firmó el formulario. El formulario debería guardarse de acuerdo con el programa de retención de expedientes médicos.