

Todos los bebés que nacen en Pensilvania deben someterse a una evaluación de detección de gotas de sangre seca (*dried blood spot*, DBS), de defectos cardíacos congénitos críticos (*critical congenital heart defect*, CCHD) y a una evaluación auditiva entre las 24 y las 48 horas después de su nacimiento. Estos exámenes ayudan a detectar trastornos perjudiciales que pueden hacer que su bebé deje de crecer, tenga problemas mentales o pérdida de la audición, o incluso una muerte prematura.

Como padre o tutor, puede denegarse a que se realice cualquiera de estas pruebas si van en contra de sus creencias o prácticas religiosas. Sin embargo, la elección de no someter a su bebé a las pruebas de detección puede provocar un retraso en el tratamiento si tiene alguna de las afecciones que se detectan con estas pruebas. Es importante tener en cuenta que los bebés con un trastorno detectado por medio de estas pruebas pueden tener el mismo aspecto y actuar como recién nacidos sanos, y retrasar el tratamiento puede causar daños permanentes al bebé.

**En qué consiste la evaluación de detección de gotas de sangre seca:** Una enfermera tomará unas gotas de sangre del talón de su bebé y las pondrá en una tarjeta de DBS. Esa tarjeta se envía al laboratorio contratado por el estado para que se analice en busca de trastornos perjudiciales que usted no puede ver cuando el bebé nace.

**En qué consiste la evaluación de detección de defectos cardíacos congénitos críticos:** Se coloca un oxímetro de pulso pequeño e indoloro en el dedo y el pie de su bebé para garantizar que haya suficiente oxígeno en la sangre.

**En qué consiste la evaluación de la audición:** Se reproducen diferentes ruidos, como chasquidos o tonos suaves, en el oído de su bebé para detectar posibles pérdidas de la audición.

**Reconocimiento de los padres/tutores de la denegación de la  
evaluación del recién nacido:**

Mi proveedor de atención médica me ha informado, por escrito o verbalmente, sobre la importancia de las evaluaciones de detección DBS y CCHD, así como de las pruebas de audición. He tenido la oportunidad de hablar sobre las pruebas de detección con mi proveedor de atención médica. Acepto toda la responsabilidad por las **posibles consecuencias, que pueden incluir enfermedades graves, discapacidad o la muerte, asociadas a la denegación de las pruebas de detección del recién nacido**. Reconozco que he leído este documento, o que me lo han leído. Entiendo que mi firma significa que me niego a que se le realicen las pruebas que se indican a continuación a mi bebé.

**Rechazo la evaluación de detección para: (Marque todo lo que corresponda)**

Evaluación DBS       Evaluación CCHD       Evaluación de la audición

Firma del padre/tutor	Nombre en letra de imprenta	Fecha	
Nombre de la madre biológica	Número de teléfono del tutor		
Firma del testigo	Nombre impreso	Fecha	
Nombre del bebé (nombre, segundo nombre, apellido)	Sexo (M, F)	Fecha de nacimiento	
Dirección postal de los padres/tutores	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del remitente	Código del remitente		

La División de Genética y Evaluación del Recién Nacido recomienda que todos los remitentes y matronas mantengan una copia de este formulario de denegación dentro de sus registros médicos.

Devuelva una copia firmada de este formulario dentro de los siete días posteriores a la denegación por correo electrónico a RA-TCNBSF\_Fax@pa.gov, o fax a 717-724-6995, o por correo a:

**Pennsylvania Department of Health**  
Division of Newborn Screening and Genetics  
7<sup>th</sup> Floor East  
625 Forster Street  
Harrisburg, PA 17120