



Página 1 de 3
REV 01/2025

Negativa o demora de los padres para aceptar la evaluación de recién nacidos

Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

Spanish

Autorización para divulgar información médica protegida a un intérprete

COLOQUE LA ETIQUETA DEL PACIENTE SOBRE LA CARÁTULA O COMPLETE LO SIGUIENTE

Place patient label to cover or complete below

Nombre del bebé (APELLIDO, NOMBRE)
Baby's Name (LAST, FIRST)

Fecha de nacimiento
Date of Birth

Nombre de la madre (APELLIDO, NOMBRE)
Mother's Name (LAST, FIRST)

Hospital o partera
Hospital/Midwife

Usted tiene el derecho a negarse o demorar la aceptación para la evaluación de su bebé. Seleccione la(s) parte(s) de la evaluación de recién nacidos a la(s) que se niega o que desea demorar y coloque sus iniciales.

Se le ha informado sobre los riesgos de demorar o negarse a la evaluación de su bebé. Si firma este formulario, quiere decir que se está negando a que se haga la evaluación en este momento. Puede optar porque le hagan la evaluación a su bebé más adelante. Si opta para que le hagan la evaluación a su bebé más adelante, el Departamento de Salud de Minnesota (MDH) insta claramente a que se complete la evaluación dentro del lapso de una semana de haber nacido, que es cuando la evaluación es más precisa.

En caso que opte porque se le haga la evaluación a su bebé y no desea que el Departamento de Salud de Minnesota (MDH) mantenga los resultados de la pruebas de su bebé y las gotas de sangre tomadas, existe la opción de pedir en cualquier momento que se destruyan. Visite el sitio web del Programa de Evaluación de Recién Nacidos del MDH para obtener el formulario requerido www.health.state.mn.us/people/newbornscreening

You have the right to refuse or delay having your baby screened. Select and initial below which part(s) of newborn screening you wish to refuse or delay.

You have been informed of the risks of delaying and/or not screening your baby. Signing this form means you are refusing screening at this time. You can choose to have your baby screened at a later time. If you choose to have newborn screening done later, MDH strongly encourages completing screening within one week of age when screening is most accurate.

Should you choose to have your baby screened and do not want MDH to keep your baby's test results and blood spots, there is the option to have them destroyed at any time. Please see the MDH Newborn Screening Program website for the required form www.health.state.mn.us/people/newbornscreening

GOTA DE SANGRE TOMADA DEL TALÓN

Entiendo que pueden aparecer signos y síntomas de enfermedad durante los primeros días de vida. Algunos signos y síntomas pudieran no aparecer sino después de varias semanas o meses. Pueden aparecer problemas permanentes de salud o el bebé puede morir si estas enfermedades no se identifican y tratan a tiempo.

BLOOD SPOT

I understand signs and symptoms of disease can occur within the first few days of life. Some signs and symptoms may not show for several weeks or months. Permanent health problems or death can occur if these diseases are not identified and treated early.

NEGATIVA Refuse

Iniciales del padre o tutor
Parent/Guardian Initials

DEMORA Delay

Iniciales del testigo
Witness Initials

AUDICIÓN

Entiendo que la pérdida de la audición pudiera no notarse al momento de nacer si no se hace la evaluación. Cualquier grado de pérdida de audición puede retrasar el habla y el lenguaje, así como el desarrollo emocional y social.

NEGATIVA Refuse

Iniciales del padre o tutor
Parent/Guardian Initials

HEARING

I understand that hearing loss may not be noticeable at birth without screening. Any amount of hearing loss may delay speech, language, emotional and social development.

DEMORA Delay

Iniciales del testigo
Witness Initials

OXIMETRÍA DE PULSO	Entiendo que, a veces, los signos y síntomas de los defectos del corazón no aparecen sino después de varias semanas o meses. Pueden aparecer daños permanentes o el bebé puede morir si no se identifican y tratan a tiempo.	NEGATIVA Refuse	Iniciales del padre o tutor Parent/Guardian Initials
PULSE OXIMETRY	I understand that the signs and symptoms of heart defects sometimes do not appear for several weeks or months. Permanent health problems or death can occur if not identified and treated early.	RETRASO Delay	Iniciales del testigo Witness Initials

En el caso de las evaluaciones **DEMORADAS**, dé el nombre de la persona que completará la evaluación de su bebé:
For any **DELAYED** screenings, please provide the name of who will complete your baby’s screening:

Nombre de la clínica, profesional médico o partera:
Clinic/provider/midwife name:

Nombre en letra de imprenta del padre o tutor:
Parent or Guardian Printed Name:

Firma del padre o tutor:
Parent or Guardian Signature:

Fecha:
Date:

Relación con el recién nacido:
Relationship to Newborn:

Número de teléfono:
Phone Number:

Instrucciones del hospital o de la partera para completar este formulario

Hospital/Midwife Instructions for Completing this Form

Nombre en letra de imprenta del testigo:
Witness Printed Name:

Firma del testigo:
Witness Signature:

Cargo o función del testigo:
Witness Title / Role:

Nombre en letra de imprenta del segundo testigo (opcional):
Second Witness Printed Name (optional):

Firma del segundo testigo (opcional):
Second Witness Signature (optional):

El (los) padres o tutor(es) se ha(n) negado o han demorado todas o algunas partes de la evaluación del recién nacido y ha(n) decidido no firmar.
The parent(s) / guardian(s) have refused or delayed some or all parts of the newborn screen **and** have elected not to sign.

Providers - continue to page 3

Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

A SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL HOSPITAL O LA PARTERA

To be completed by hospital/midwife only

Se debe completar la página 1 del formulario de Negativa o demora de los padres para aceptar la evaluación del recién nacido. El documento firmado debe pasar a formar parte del registro médico del bebé y se le proveerá una copia al Departamento de Salud (MN Statute 144.125).

Para hacer el proceso más eficiente y evitar contactos múltiples del personal de evaluación de recién nacidos, envíele el formulario al MDH por fax o correo dentro de un lapso de siete días a partir de la fecha de nacimiento.

Llame al **651-201-5466** si tiene alguna pregunta.

Formulario original para:

Newborn's Medical Record

Copia para:

Minnesota Department of Health

Newborn Screening Program

P.O. Box 64899

St. Paul, MN 55164-0899

Fax: (651) 215-6285

Correo electrónico: health.newbornscreening@state.mn.us

Copia para:

Padre o tutor legal

Copia para:

Profesional de atención médica primaria o clínica

Page 1 of the Parental Refusal or Delay of Newborn Screening form must be completed. The signed form must be made part of the infant's medical record and a copy shall be provided to the Department of Health (MN Statute 144.125).

To streamline the process and avoid multiple contacts from newborn screening staff, please fax or mail the form to MDH within seven days of birth.

Call **651-201-5466** with any questions.

Original form to:

Newborn's Medical Record

Copy to:

Minnesota Department of Health

Newborn Screening Program

P.O. Box 64899

St. Paul, MN 55164-0899

Fax: (651) 215-6285

Email: health.newbornscreening@state.mn.us

Copy to:

Parent / Legal Guardian

Copy to:

Primary Care Provider / Clinic