



Formulario de rechazo de la prueba de detección temprana en sangre a recién nacidos (NBS)

- Hay ciertas enfermedades graves, que esta prueba de recién nacidos detecta, con las que durante semanas o meses su hijo podría parecer que está sano.
Podría ser necesario un tratamiento para evitar que su hijo muera o tenga discapacidades.
La ley de Texas exige que a su bebé se le practique esta prueba. Solo puede rechazar la prueba de detección en sangre si es contraria a sus creencias o prácticas religiosas (Código de Salud y Seguridad, Sección 33).
Para más información:
- Visite: http://www.dshs.texas.gov/lab/default.shtm
- Llame gratis al: (888) 963-7111, ext. 7333.

- Estoy enterado de los beneficios del examen de sangre para recién nacidos.
Sé que puedo rechazar esta prueba solo si es contraria a mis creencias religiosas.
No quiero que a mi bebé se le haga esta prueba de detección ahora. Recibo una copia de este formulario para mostrársela al médico de mi bebé.

Número de expediente médico del bebé: \_\_\_\_\_

Firma del padre o la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del padre o la madre: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del empleado: \_\_\_\_\_

Entregue a la familia una copia de este formulario y coloque otra en el expediente médico.



Complete and Send\* the bottom portion to DSHS

Facility/Provider Name: \_\_\_\_\_ (or use DSHS provided submitter label)

NBS Submitter ID#: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

\* Return this portion to DSHS with other NBS specimens.

Affix DSHS Provided Submitter Label Here

DSHS Use Only: