



DISSENTIMIENTO INFORMADO

Para el examen de Tamizaje Metabólico Neonatal Yo.....Madre o apoderado del recién nacido
.....con DNI.....domiciliada
en..... certifico que he recibido consejería
de Tamizaje Metabólico Neonatal, que he entendido la información y entiendo que: el
procedimiento de pesquisa para Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénito,
Fenilcetonuria y Fibrosis Quística para detectar en mi hijo aparentemente sano. Son pruebas
necesarias para detectar enfermedades que puede llevar a la muerte o tener retardo grave e
irreversible, falla en el crecimiento y otros problemas de salud si no es diagnosticado y tratado a
tiempo; pero me rehúso a la toma de muestra del talón de mi menor hijo(a) para Tamizaje
Metabólico Neonatal.

El Médico o Enfermera del equipo de salud me ha explicado claramente y yo he entendido; a pesar
de haber entendido la información proporcionada desisto realizar la prueba de Tamizaje Metabólico
Neonatal a mi menor hijo, asumiendo la responsabilidad total del daño ocasionado por estas
enfermedades posteriormente.

Firma Nombre y Apellidos del tutor:

DNI: _____

Sello y Firma Profesional quien realizó la asesoría.

Ciudad, fecha y hora _____
Institución _____ Historia Clínica N° _____