



Formulario de rechazo de la prueba de audición a recién nacidos

Yo, _____, solicito que **NO** le realicen la prueba de
(Nombre del padre, madre o tutor legal)
audición a mi bebé _____.
(Nombre del bebé)

Libero a _____, de su obligación de hacer una prueba
(Nombre del centro o proveedor de atención médica)
para detectar una posible pérdida auditiva de mi hijo, ya que me niego a que se realice la
prueba de audición.

Lea y firme con sus iniciales cada una de las siguientes declaraciones:

_____ Me ofrecieron una prueba de audición para mi bebé recién nacido.

_____ Me han informado sobre el propósito y los beneficios de la prueba de audición a recién nacidos.

_____ Entiendo que, si rechazo la prueba de audición a recién nacidos, es posible que no se detecten a tiempo posibles problemas auditivos.

_____ Entiendo que detectar a tiempo la pérdida auditiva favorece el habla, el lenguaje y el desarrollo general de mi bebé.

_____ Entiendo que la pérdida auditiva puede pasar desapercibida sin un examen de detección y que quizá no sea capaz de detectarla por mí mismo.

_____ Entiendo que puedo optar por hacerle una prueba de audición a mi bebé más adelante poniéndome en contacto con su médico o con un audiólogo.

_____ He decidido no someter a mi bebé a la prueba de audición para recién nacidos en este momento.

Al firmar a continuación, declaro y confirmo que he leído y entendido cada sección del formulario.

Nombre del padre, madre o tutor legal en letra de molde

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

Firma del empleado

Fecha

Instrucciones para el proveedor de atención médica

1. Entregar el folleto de la prueba de audición a recién nacidos a los padres o tutores y preguntar si tienen alguna duda después de que lo hayan leído.

El folleto se puede descargar en

<https://www.dshs.texas.gov/sites/default/files/tehdi/pdf/1-344A.pdf>,

solicitar en <https://www.hhs.texas.gov/providers/health-services>

[-providers/texas-health-steps/thsteps-catalog](#) o ver escaneando el código QR.



2. Contestar el formulario de rechazo de la prueba de audición a recién nacidos para cada bebé cuando al menos uno de los padres se niegue a que se realice la prueba. Solo se requiere la firma de uno de los padres o tutores legales.
3. Pedir al padre, madre o tutor legal que ponga sus iniciales en todas las declaraciones de aceptación y que luego firme, ponga la fecha y escriba su nombre en letra de molde en el formulario.

NOTA: Pida al personal que revise la información con los padres o tutores y que firmen y pongan la fecha en el formulario.

4. Hacer las copias necesarias
 - Guardar el original en el expediente médico.
 - Entregar una copia a los padres/tutores legales.
 - Entregar una copia al proveedor de atención primaria del bebé, si se solicita.
5. Registrar el rechazo de la prueba de audición en el [sistema de gestión de información](#) (MIS) del Programa de Detección e Intervención Tempranas de Problemas de la Audición de Texas (TEHDI) (tehdi.com/tehdi2/Index.aspx) creando una nota del caso.

Para más información:

- Visite: <https://www.dshs.texas.gov/es/texas-early-hearing-detection-intervention-tehdi>
- Teléfono: 512-776-6616
- Correo electrónico: tehdi@dshs.texas.gov
- Fax: [512-483-7417](tel:512-483-7417)