

RECHAZO DE LAS PRUEBAS AUDITIVAS A RECIÉN NACIDOS

Yo, _____, pido que **NO** le hagan las pruebas
(Nombre del padre, la madre o el tutor legal)

auditivas para recién nacidos a mi bebé, _____.
(Nombre del bebé)

Libero a _____, mi médico/proveedor de salud
(Nombre del centro de parto)

de toda culpa por las discapacidades o lesiones que con las pruebas auditivas pudieron haber encontrado. He leído la información sobre las pruebas auditivas a recién nacidos. Entiendo totalmente lo que he leído. Soy responsable de elegir que no hagan las pruebas.

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

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Fecha

Firma del testigo (opcional)

Fecha