



Tennessee Department of Health  
Newborn Screening Follow Up Program  
Division of Family Health and Wellness  
R.S. Gass Building, 1<sup>st</sup> Floor  
630 Hart Lane, Nashville, TN 37243  
**FORMULARIO DE RECHAZO AL EXAMEN NEONATAL**

**Instructions:** Fill out a Newborn Screening filter card with the following information and attach this completed and signed refusal form.

- a. Marked 'Refused' as reason for NO BLOOD SCREEN;    d. Hospital of Birth ID;  
b. Infant first and last name;    e. Mother first and last name;  
c. Infant date and time of birth;    f. Mother address, city, state and zip;

If parents also refuse the hearing screen and CCHD screen, please mark as appropriate in those boxes at the bottom of the Newborn Screening filter card and have a parent complete this refusal form.

Nombre y apellido del bebé: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Hora de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Hospital de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre y apellido de la madre: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Madre: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.Postal: \_\_\_\_\_

Note to provider: This form must be signed by a parent prior to submission and shall be retained in the medical record for the period of time defined by the hospital or provider policy. If filter paper is not completed, please send form to [NBS.Health@tn.gov](mailto:NBS.Health@tn.gov) or fax to 615-532-8555.

Marque los exámenes que no serán realizados:

Examen de Muestras de Sangre     Examen Auditivo     Examen de Enfermedad Cardíaca Congénita Crítica

Yo, \_\_\_\_\_, tengo la autoridad para tomar decisiones de salud sobre mi bebé recién nacido, \_\_\_\_\_. Me han informado de la necesidad de una prueba de audición neonatal, una prueba de oximetría de pulso para detectar enfermedades cardíacas congénitas críticas y un análisis de sangre para detectar trastornos metabólicos/genéticos según lo designado por el Departamento de Salud.

Se me ha informado que la ley de Tennessee (Título 68, Capítulo 5) requiere estas pruebas y que el rechazo de estas pruebas es un delito menor (*misdemeanor*) según TCA § 68-5-404 en ausencia de principios y prácticas religiosas firmemente arraigados. Rechazo las pruebas marcadas anteriormente para mi bebé recién nacido, \_\_\_\_\_, porque tales pruebas entran en conflicto con mis principios y prácticas religiosas. Bajo pena de perjurio de conformidad con TCA § 68-5-403, afirmo que tal negativa se basa en un conflicto con mis principios y prácticas religiosas.

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enviado por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Una firma electrónica se tratará como una firma original a los efectos de este rechazo.