



Queensland Government

**Healthy Hearing Program  
 Consentimiento**

Facility: .....

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**A. El cribado auditivo**

Entiendo que todos los recién nacidos deben someterse a un cribado auditivo para detectar si el bebé tiene algún problema de audición.

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

**B. ¿Existen riesgos?**

Entiendo que este procedimiento no conlleva riesgos conocidos de lesiones para el bebé, pero:

- Existe una pequeña posibilidad de que los resultados del cribado auditivo indiquen que no hay pérdida de audición cuando en realidad sí la hay.
- Los niños pueden desarrollar pérdida auditiva más adelante. Por consiguiente, es importante que los padres continúen vigilando la audición del bebé.

Entiendo que si no doy mi consentimiento para que se le realice el cribado auditivo a mi hijo, es posible que no se le detecte una pérdida de audición hasta más tarde. Una detección tardía podría llevar a que mi hijo sufriera un retraso en el desarrollo del lenguaje.

**C. El padre o madre consiente o rechaza**

**Reconozco:**

- Haber leído o que me han explicado el folleto: "Prueba de cribado auditivo de su bebé", y ..... que se me ha explicado el programa Audición Sana de Queensland.  
 (nombre del personal del hospital)

- He podido hacer preguntas y consultar mis inquietudes sobre el procedimiento y sus riesgos. Mis preguntas e inquietudes han sido respondidas de forma satisfactoria.
- Entiendo que si se indican más pruebas para mi hijo, profesionales sanitarios como mi médico general, la enfermera de salud infantil, el pediatra, el audiólogo, el facilitador de apoyo a las familias y el personal del programa Audición Sana podrán ser notificados de los resultados y el personal asociado al programa Audición Sana podrá ponerse en contacto conmigo.

**También entiendo que:**

- Los resultados del cribado quedarán registrados en una base de datos para facilitar el seguimiento de los bebés que requieren más pruebas o tratamiento. La base de datos permite asimismo llevar un control del programa Audición Sana.
- La información de la base de datos podrá ser utilizada con fines de investigación pero no se emplearán los nombres en ningún informe o información publicada.
- Si la evaluación clínica indica que a mi hijo no se le debe de hacer el cribado, será derivado a audiología para una evaluación diagnóstica.

**Con arreglo a las anteriores declaraciones:**

- Cribado  Doy mi consentimiento para la realización del cribado auditivo a mi bebé.  
 **NO DOY** mi consentimiento para la realización del cribado auditivo a mi bebé.
- Exclusión clínica del cribado  Doy mi consentimiento para la derivación de mi bebé a audiología sin la realización del cribado.  
 **NO DOY** mi consentimiento para la derivación de mi bebé a audiología sin la realización del cribado.

Nombre del padre/madre (en letra de imprenta):

Firma:

Fecha:

--	--	--

**D. Hospital staff statement**

- I have explained to the parent the procedure and the risks.
- I have given the parent an opportunity to ask questions about any of the above matters and raise any other concerns which I have answered as fully as possible. I am of the opinion that the parent understood the above information.

Staff member name (please print):

Signature:

Date:

--	--	--

**Interpreter / cultural needs**

- Is an Interpreter Service required?  Yes  No
- If yes, is a qualified Interpreter present?  Yes  No
- Is a Cultural Support Person present?  Yes  No
- I have given a translation in ..... of the consent form and any verbal and written information given to the parent by the hospital staff member.

Interpreter name (please print):

Signature:

Date:

--	--	--

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v6.00 - 04/2019  
 Mat. No.: 10188212



SW011

HEALTHY HEARING PROGRAM - CONSENTIMIENTO