



**Queensland  
Government**

**HEALTHY HEARING PROGRAM  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Facility/Service: .....

(affix Baby's patient identification label here)

URN: .....

Family Name: .....

Given Names: .....

Date of Birth: ..... / ..... / 20 ..... Sex:  M  F

**A. EXAMEN AUDITIVO**

Entiendo que todos los bebés recién nacidos deberían someterse a un examen auditivo para detectar cualquier problema de audición que pudiera tener el bebé.

**B. ¿HAY ALGÚN RIESGO?**

Entiendo que no se tiene conocimiento de ningún riesgo de ocasionarle una lesión al bebé al realizar este procedimiento, sin embargo:

- hay una pequeña posibilidad de que el examen auditivo revele que no hay pérdida auditiva cuando, en efecto, podría haber una pérdida de audición.
- un niño aun podría sufrir una pérdida de audición en una etapa posterior de su vida. Por lo tanto, es importante que los padres sigan controlando la audición de su bebé.

Entiendo que si no doy mi autorización para que mi bebé se someta a un examen auditivo, podría ser que no se detecte la pérdida de audición sino en una etapa posterior. La detección posterior podría traer como consecuencia que mi niño sufra un retraso en el desarrollo del lenguaje.

**C. AUTORIZACIÓN O DENEGACIÓN DEL PADRE O LA MADRE**

**Confirmo que:**

- He leído o me han explicado el folleto "Examen auditivo gratuito para su bebé" ("Your baby's free hearing screen"), y ..... me ha explicado el Programa de la Audición Sana en Queensland.  
(nombre del empleado del hospital)
- Pude hacer preguntas y expresar mis preocupaciones sobre el procedimiento y los riesgos que implica. Estoy satisfecho(a) con la conversación que se efectuó con relación a mis preguntas y preocupaciones así como con las respuestas recibidas.
- Entiendo que si el examen indica que mi bebé necesita someterse a exámenes adicionales, es posible que se informe de los resultados a profesionales de la salud tales como mi médico de cabecera, la enfermera infantil, el pediatra y el personal del Programa de la Audición Sana, y es posible que dicho personal se ponga en contacto conmigo.

**Asimismo entiendo que:**

- los resultados del examen se registrarán en la base de datos que facilita el seguimiento de los bebés que requieren exámenes adicionales o tratamiento. La base de datos también permite el control del Programa de la Audición Sana.
- la información contenida en la base de datos puede usarse para propósitos de investigación, pero los nombres no se usarán en ningún informe ni información publicada.

**Considerando las declaraciones anteriores:**

- Doy mi autorización para que mi bebé se someta al examen auditivo.  
 **NO** doy mi autorización para que mi bebé se someta al examen auditivo.

Nombre del padre o madre: ..... 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.

Name of staff member: ..... 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.

Name of interpreter: ..... Signature: ..... Date: .....

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN