



Queensland  
Government

**HEALTHY HEARING PROGRAM  
PORMULARYO NG PAGPAYAG  
(CONSENT FORM)**

Facility/Service: .....

(affix Baby's patient identification label here)

URN: .....

Family Name: .....

Given Names: .....

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

**A. ANG PAGSUSURI NG PANDINIG**

Nauunawaan ko na kailangan ng lahat ng mga bagong silang na sanggol ang pagsusuri ng pandinig upang malaman kung ang sanggol ay may problema sa pandinig.

**B. MAYROON BANG MGA PELIGRO?**

Nauunawaan ko na walang kilalang mga peligro ng pinsala sa sanggol sa pamamaraang ito, ngunit:

- may posibilidad na ang pagkawala ng pandinig, kahit mayroon nito, ay hindi makikita sa pagsusuri.
- maaari pa ring magkaroon ng pagkawala ng pandinig ang bata sa bandang huli. Kaya mahalaga ang patuloy na pagsubaybay ng mga magulang sa pandinig ng kanilang sanggol.

Nauunawaan ko na kung hindi ko papayagang suriin ang pandinig ng aking anak, maaaring hindi matuklasan ang pagkawala ng pandinig kundi hanggang sa bandang huli na. Ang huling pagkakatuklas ay maaaring mangahulugan na ang aking anak ay dumanas ng pagkabalang sa pagkatuto ng wika.

**C. PAGPAYAG O PAGTANGGI NG MAGULANG**

***Ipinapahayag ko na:***

- Binasa ko o ipinaliwanag sa akin ang polyeto - "Ang walang bayad na pagsusuri ng pandinig ng inyong sanggol" at ipinaliwanag sa akin ni ..... ang Programa ng Malusog na Pandinig ng Queensland.  
(pangalan ng tauhan ng ospital)
- Nakapagtanong ako at nakapagsabi ng mga alalahanin tungkol sa pamamaraan at ang mga peligro nito. Tinalakay at sinagot ang aking mga tanong at alalahanin sa aking kasiyahan.
- Nauunawaan ko na kung ipinapahiwatig ng pagsusuri na kailangan pa ng aking anak ang karagdagang pagsusuri, maaaring ipaalam sa mga propesyonal sa kalusugan (health professionals) katulad ng aking doktor, Child Health Nurse, Paediatrician at mga tauhan ng Programa ng Malusog na Pandinig ang mga resulta at maaari rin akong tawagan ng tauhang may kinalaman sa Programa ng Malusog na Pandinig.

***Nauunawaan ko rin na:***

- Ang mga resulta ng pagsusuri ay itatala sa 'database' na tumutulong sa pagsubaybay sa mga sanggol na nangangailangan ng karagdagang pagsusuri o gamutan. Nagagawa rin sa 'database' ang pagsubaybay sa Programa ng Malusog na Pandinig.
- Maaaring gamitin ang impormasyon mula sa 'database' sa pananaliksik ngunit ang mga pangalan ay hindi babanggitin sa alinmang mga ulat o impormasyong ilalathala.

***Batay sa mga pahayag sa itaas:***

- Pinapayagan kong bigyan ng pagsusuri ng pandinig ang aking sanggol.  
 **HINDI KO** pinapayagan ang aking sanggol na bigyan ng pagsusuri ng pandinig.

Pangalan ng magulang: ..... Lagda: ..... Petsa: .....

**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