



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES

Cribado Neonatal de Atrofia Muscular Espinal en Toscana

Con esta declaración, con valor de declaración sustitutiva (según los artículos 46 y 47 del decreto 18.12.2000, n. 445), consciente/s de las responsabilidades y de las sanciones por falsas declaraciones según el artículo 76 del decreto 445 del 2000 y el ordenamiento penal italiano

La abajo firmante (madre/tutora) _____ nacida el

___/___/___ con residencia en _____ calle/plaza _____

Teléfono _____ con domicilio en (si es diferente de la residencia)

El abajo firmante (padre/tutor) _____ nacido el

___/___/___ con residencia en _____ calle/plaza _____

Teléfono _____ con domicilio en (si es diferente de la residencia)

Del recién nacido _____ nacido el ___/___/___

O bien

para aplicar el artículo 317 del Código Civil italiano, la/el abajo firmante en este procedimiento ejerce la responsabilidad parental de forma exclusiva porque el otro progenitor no puede firmar el consentimiento ya que está ausente por impedimento, lejanía, incapacidad (explicar).....

DECLARA/DECLARAN

1. haber sido debidamente informado/s sobre el programa regional de cribado neonatal de Atrofia Muscular Espinal (AME) y haber leído y entendido la información específica sobre esta patología contenida en la hoja informativa "EL BEBÉ Y EL MONITOREO NEONATAL – Guía para los padres" proporcionada;



2. haber podido hacer preguntas a los profesionales sanitarios sobre los aspectos genéticos de la enfermedad y sobre la tipología, las finalidades y modalidades de actuación de la prueba genética de cribado, obteniendo respuestas exhaustivas;

Por lo tanto DECLARA/ DECLARAN

Su autorización a la prueba de cribado genético neonatal de Atrofia Muscular Espinal según las modalidades del programa regional.

SÍ

NO

Nombre y Apellido de la madre/tutora legal

Fecha..... Firma.....

Nombre y Apellido del padre/tutor legal.....

Fecha.....Firma.....

Médico que proporcionó la información y que recibe la declaración

Nombre y Apellido.....

Estructura organizacional de..... Hospital de.....

Fecha..... Hora.....

Firma.....

Mediador cultural (si participó)

Nombre y Apellido (en mayúsculas).....

Fecha.....Firma.....