



Aceptación y rechazo por parte del padre o tutor legal de la evaluación para detectar el citomegalovirus (CMV)

Parent/Guardian Acknowledgement and Refusal of Cytomegalovirus (CMV) Screening

The **Georgia Department of Public Health Rule 511-5-5** mandates that all babies born in Georgia who fail their final hearing screening receive Congenital Cytomegalovirus (cCMV) testing before hospital discharge or 21 days of age, whichever occurs earlier.

Parents or guardians can refuse cCMV testing.

Instructions: Complete and sign this form. Forward the completed form to DPH by faxing to (404) 657-2773 or email to DPH-NBS@dph.ga.gov. This form shall be retained in the child’s medical record for the period of time defined by the hospital or provider policy.

What is cCMV?

El citomegalovirus congénito (cCMV) es un virus común que la madre puede transmitir a su bebé durante el embarazo y que afecta a 1 de cada 200 bebés nacidos en Estados Unidos. Esta infección puede ocasionar problemas de salud muy serios, tales como pérdida de la audición, retrasos en el desarrollo y problemas de la vista. Hasta un 20% de los bebés afectados tendrán discapacidades permanentes. El cCMV es la causa principal de la pérdida de la audición no genética en recién nacidos. La detección temprana (antes de los 21 días de vida) y el tratamiento a tiempo, como es el caso de medicamentos antivirales, prótesis auditivas externas o implantes cocleares, pueden ayudar a reducir el impacto del cCMV. Puede encontrar recursos adicionales en <https://dph.georgia.gov/EHDI/ccmv>.

Child’s Name (Last)	Child’s Name (First)	Child’s Name Date of Birth: / / {MM/DD/YYYY}
----------------------------	-----------------------------	--

Address

City	State	ZIP
-------------	--------------	------------

Parent/Guardian Printed Name (First and Last)	Relationship to Child
--	------------------------------

Mother’s Name at Time of Delivery (if different than above)	Phone Number
--	---------------------

Delivery Location <input type="checkbox"/> Hospital / Birthing Center <input type="checkbox"/> Other	Delivery Hospital / Birthing Center Name
---	---

Attestation Statement

Yo, _____, (nombre y apellido del padre o tutor legal), afirmo que soy el padre o tutor legal del niño antes mencionado. Al firmar este documento, reconozco que lo he leído o que alguien me lo ha leído. Entiendo que al firmar, estoy confirmando que el profesional médico me ha dado información oral y escrita sobre la detección del CMV y que se me ha informado que, como su padre o tutor legal, debo tomar la mejor decisión para mi niño.

Nombre en letra de imprenta	Firma
------------------------------------	--------------

Fecha de la firma