



Autorización de los padres para el screening auditivo de recién nacidos en Westfalia-Lippe

Nombre:

Dirección:

Estoy de acuerdo con la participación de mi hijo en el screening auditivo así como también con la transmisión de los datos a la Central del Scening Westfalia-Lippe y a los médicos que se ocupan del tratamiento posterior.

Lugar, fecha _____ Firma: _____

Rechazo la realización del examen y la transmisión de los datos.

Lugar, fecha _____ Firma: _____

Estoy de acuerdo con la participación de mi hijo en el screening auditivo pero rechazo la transmisión de los datos a la Central del Screening Westfalia-Lippe y a los médicos que se ocupan del tratamiento posterior.

Lugar, fecha _____ Firma: _____