

Refusal to Permit Administration of an Approved Prophylactic Agent to the Eyes of a Newborn

Mother's Name: _____

Infant: _____

I have been informed by my physician, Dr. (*physician name*) _____, of the legal requirements contained in Business and Professions Code Section 551 that both eyes of my infant must be treated with a prophylactic-efficient treatment within two hours of birth in order to prevent ophthalmia neonatorum and gonorrheal ophthalmia.

I am also aware of the signs and symptoms of these conditions and the probable result to my child should either of these conditions occur. My physician has also informed me of the risks and possible complications involved in administering each of the prophylactic agents prescribed for this treatment in Title 17, California Code of Regulations, Section 2560, and of the benefits of having each of such agents administered.

I am satisfied that I know all that I wish to know concerning the administration of a prophylaxis to my infant's eyes.

Despite this information, I refuse to allow the hospital to administer either silver nitrate, or ophthalmic ointments or drops containing tetracycline or erythromycin, to my infant's eyes, and I accept full responsibility for any detrimental effect my refusal may have on my infant.

I understand that the doctor named above and other doctors who provide services to me are not employees or agents of the hospital. They are independent medical practitioners.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(*legal representative*)

Documento para no Permitir el Tratamiento de los Ojos del Recien Nacido con un Agente Profilactico Autorizado

Nombre de Madre: _____

Recién nacido: _____

Me ha informado el médico de mi caso, el Dr. (*nombre de médico*) _____, de los requisitos legales contenidos en la Sección 551 del Código sobre Negocios y Profesiones (Business and Professions Code), de que a ambos ojos de mi bebé deben administrárseles un tratamiento profiláctico-eficaz dentro de las dos horas de haber nacido, a fin de evitar la oftalmía neonatorum y la oftalmía gonorreica.

También estoy consciente de los signos y síntomas de estas condiciones y del resultado probable para mi hijo(a) si ocurriese cualquiera de estas condiciones. El médico de mi caso también me ha informado sobre los riesgos y posibles complicaciones involucrados en la administración de cada uno de los agentes profilácticos indicados para este tratamiento por el Título 17 del Código de Reglamentos de California (California Code of Regulations), Sección 2560, además de los beneficios de la administración de cada uno de los agentes.

Estoy satisfecho(a) de que sé todo lo que deseo saber en cuanto a la administración de una profilaxis en los ojos de mi bebé.

A pesar de esta información, no permito que el hospital administre nitrato de plata o ungüentos oftálmicos o gotas que contengan tetraciclina o eritromicina a los ojos de mi bebé, y acepto plena responsabilidad por cualquier efecto perjudicial que mi denegación de permiso tenga en mi bebé.

Entiendo que el médico cuyo nombre se indica anteriormente y otros médicos que me brindan servicios no son empleados ni agentes del hospital. Son médicos facultativos independientes.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(*representante legal*)