**Programa Perinatal de Alto Riesgo (HRPP)/
Programa de Cuidados Intensivos Neonatales (NICP)**

Forma de Rechazo de Participación

Se le ofreció información acerca del programa HRPP/NICP para su infante que reúne los requisitos. Al presente, usted ha decidido **no** participar en el programa. No se le proporcionará ayuda económica del programa HRPP/NICP, ni se remitirá su infante a seguimiento de Enfermería Comunal. El que usted decidiera no participar en el programa no afectará las atenciones médicas que su infante reciba en el hospital. Las atenciones médicas serán las mismas así participe o no participe en el programa HRPP/NICP.

Si cambiara de parecer y quisiera inscribir a su bebé en el programa HRPP/NICP, deberá pedir el cambio en los 30 días siguientes al nacimiento de su infante que reúna los requisitos. Si cambiara de parecer y quisiera inscribir a su bebé, por favor, comuníquese con su representante en el hospital indicado a continuación:

Hospital contratado: _____

Representante de NICP en hospital: _____

Número de teléfono: _____

Comprendo que, al firmar esta forma, decido no participar en el programa HRPP/NICP, pero que tengo 30 días desde que nazca mi infante que reúna los requisitos para inscribirle.

Nombre de infante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de padre o madre: _____

Firma de padre o madre: _____

Fecha de firma: _____

Si el padre, la madre o el/la tutora de tal infante que reúna los requisitos decidiera no participar en el programa HRPP/NICP, dicha persona deberá rellenar y firmar esta hoja, así como recibir copia de la misma.