

Consentimiento de alta precoz

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre de la madre: _____

Yo Don/Doña _____,
en calidad de (padre/madre/tutor) de _____,
hago constar que he solicitado de forma voluntaria el **ALTA PRECOZ**. He comprendido las explicaciones que me han facilitado los profesionales sanitarios sobre los riesgos de pérdida de peso y/o deshidratación, por inadecuada técnica alimentaria, ictericia y otros posibles. Me comprometo a acudir en 48-72 horas para control clínico del recién nacido y realización de pruebas metabólicas a este u otro centro hospitalario autorizado.

En _____, a _____ de _____ de 2 _____

Fdo.:
Padre/madre/representante legal

Fdo.:
Nº Colegiado
Neonatólogo