



**Directiva para destruir
Resultados de pruebas de detección de manchas de sangre y/o recién nacidos**

Directive to Destroy

Blood Spots and/or Newborn Screening Test Results

Spanish

Autorización para divulgar información médica protegida a un intérprete

**página 1 de 2
REV 01/2025**

Nombre del niño (nombre y apellido):

Child's name (first & last):

Fecha de nacimiento:

Birth date:

Nombre de la madre biológica (nombre y apellido):

Birth mother's name (first & last):

Hospital o lugar de nacimiento:

Hospital or place of birth:

Este formulario se aplica a: (Marque todos los que correspondan)

This form applies to: (Please check all that apply)

Muestra(s) de gota de sangre

Blood spot specimen(s)

Todos los resultados de las pruebas (gota de sangre, audición y oximetría de pulso)

All test results (blood spot, hearing, & pulse oximetry)

Padre(s) o tutor(es): sírvanse leer y entender la información siguiente antes de completar y firmar este formulario.

Parent(s) or guardian(s): please read and understand the following before completing and signing this form.

Yo, el parent o tutor del niño que se menciona a continuación, mediante este documento, le estoy dando instrucciones al Programa de Evaluación de Recién Nacidos del Departamento de Salud de Minnesota (MDH) para que destruya la(s) muestras de gota de sangre de la evaluación de recién nacidos y los resultados de las pruebas de evaluación, de la oximetría de pulso y de la evaluación auditiva almacenadas en el Departamento de Salud de Minnesota, según se especifica anteriormente.

Entiendo que al destruirse las muestras de gota de sangre de mi niño ya no estarán disponibles para ningún uso futuro. El hecho de destruir los resultados de las pruebas de mi niño almacenadas en el Departamento de Salud de Minnesota limitará el acceso futuro que mi familia y profesionales de atención médica puedan tener a ellas.

Nombre en letra de imprenta del parent o tutor (nombre y apellido):

Parent or guardian printed name (first & last):

Firma del parent o tutor:

Parent or guardian signature:

Fecha de hoy:

Today's date

Relación con el niño:

Relationship to child

Dirección postal

Mailing Address

Línea de dirección 1:

Address line 1

Dirección, nombre de la compañía, a cargo de (c/o)

Línea de dirección 2:

Address line 2

Apartamento, suite, unidad, edificio, piso, etc. (no se entrega en apartados postales)

página 2 de 2

Ciudad:

City

Estado, provincia, región:

State/Province/Regions

Código de área/Código postal):

ZIP/Postal code

Número de teléfono:

Phone number

Debido a las Enmiendas de las Mejoras de Laboratorios Clínicos (CLIA), regulaciones que son responsables de regir las pruebas de laboratorio, el Departamento de Salud de Minnesota (MDH) tiene la obligación de mantener los resultados de las pruebas durante dos años. El MDH le notificará por correo de EE. UU. luego de la destrucción de las gotas de sangre seca, al igual que la fecha en la que se destruirán los resultados de las pruebas.

Due to the Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) - regulations responsible for governing lab testing - the Minnesota Department of Health is required to keep test results for two years. You will be notified by MDH via US mail upon destruction of dried blood spots as well as the date when the test results will be destroyed.

Envíe el formulario completado a:

Minnesota Department of Health
Newborn Screening Program
P.O. Box 64899
St. Paul, MN 55164-0899

Teléfono:(800) 664-7772

Fax:(651) 215-6285

Correo electrónico: health.newbornscreening@state.mn.us

Sitio web: www.health.state.mn.us/newbornscreening