



**DEPARTMENT
OF HEALTH**

СТР. 1/2
РЕД. 02/2025

Запрос на раскрытие

Разрешение на раскрытие данных карты скрининга новорождённого

Request to Release Authorization to Release Newborn Screening Card

Russian

Разрешение на раскрытие защищённой медицинской информации переводчику

Имя и фамилия ребёнка:

Child's name (first & last):

Дата рождения:

Birth date:

Имя и фамилия биологической матери:

Birth mother's name (first & last):

Клиника или место рождения:

Hospital or place of birth:

Я понимаю следующее:

- Заполняя и отправляя эту форму, я прошу раскрыть использованные данные карт(ы) скрининга новорождённого для вышеупомянутого ребёнка указанным ниже поставщику услуг здравоохранения и/или клинике.
- После того, как данные карт(ы) скрининга новорождённого будут раскрыты поставщику услуг здравоохранения или клинике, Департамент здравоохранения Миннесоты не сможет контролировать передачу данных карт(ы) другим лицам поставщиком или клиникой. Свяжитесь с поставщиком услуг или клиникой, если у вас есть вопросы об их политике и практике защиты конфиденциальных данных.
- Чтобы обрести силу, эта форма должна быть полностью заполнена и подписана запрашивающим лицом или законным опекуном несовершеннолетнего. Копия действительна, если она не изменена.

I understand the following:

- By completing and returning this form, I request the above-named child's used newborn screening card(s) be released to the health care provider and/or clinic named below.
- Once the newborn screening card(s) are released to the health care provider or clinic, the Minnesota Department of Health cannot control whether the provider or clinic shares the card(s) with others. Contact the provider or clinic if you have questions about their privacy policies and practices.
- To be valid, this form must be filled out completely and signed by the individual or the legal guardian of the minor. A copy is valid if it has not been altered.

Имя и фамилия запрашивающего родителя или опекуна (печатными буквами):

Requesting parent/guardian's printed name (first & last):

Подпись родителя или опекуна:

Parent or guardian signature:

Кем приходится ребёнку:

Relationship to child:

Улица и номер дома:

Street address:

Город:

City:

Штат:

State:

Почтовый индекс:

Zip

Сегодняшняя дата:

Today's date:

Почтовый адрес поставщика медицинских услуг или клиники

Контактное лицо:

Attention:

Телефон:

Phone:

Строка адреса 1:
Address line 1:

Улица и номер дома:

Строка адреса 2:
Address line 2:

№ квартиры, корпус, подъезд, этаж и т. д. (отправка на абонентский ящик невозможна)

Город:
City:

Штат:
State:

Почтовый индекс:
Zip:

Телефон:
Phone:

СТР. 2/2

Отправьте заполненную форму по почте
или факсу по следующему адресу или
номеру:

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

Телефон: (800) 664-7772
Факс: (651) 215- 6285
Электронная почта: health.newbornscreening@state.mn.us
Веб -сайт: www.health.state.mn.us/newbornscreening