

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:

Entiendo lo siguiente:

- Al completar y devolver este formulario, solicito que se le divulgue y entregue al profesional de atención médica o a la clínica que se menciona a continuación la(s) tarjeta(s) de evaluación de recién nacido del niño antes mencionado.
- Una vez que la(s) tarjeta(s) de evaluación de recién nacidos se divulgan y entregan al profesional de atención médica o a la clínica, el Departamento de Salud de Minnesota ya no puede controlar si el profesional o la clínica comparten la(s) tarjeta(s) con otras personas. Contacte al profesional de la clínica si tiene preguntas sobre sus políticas y prácticas de privacidad.
- Para que sea válido, este formulario debe llenarse en su totalidad y estar firmado por la persona o el tutor legal del menor. Se considera válida una copia si no ha sido alterada.

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 of 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.

Nombre en letra de imprenta del padre o tutor que hace la solicitud (nombre y apellido):

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

Firma del padre o tutor:

Parent or guardian signature:

Relación con el niño:

Relationship to child:

Fecha de hoy:

Today's date:

Dirección:

Street address:

Ciudad:

City:

Estado:

State:

Código postal:

Zip

No. de teléfono:

Phone:

Dirección postal del profesional de atención médica o de la clínica

Atención (destinatario):

Attention:

Línea de dirección 1:
Address line 1:

Dirección:

Línea de dirección 2:
Address line 2:

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

Ciudad:
City:

Estado:
State:

Código postal:
Zip:

No. de teléfono:
Phone:

Página 2 de 2

Envíe el formulario completado por correo o fax 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