



PAGE 1 / 2
REV 01/2025

တၢ်ယုထီၣ် လၢကထုးထီၣ်ရၢလီၤတၢ်အဂီၢ်

တၢ်ဟ့ၣ်စိဟ့ၣ်ကမီၤ လၢကထုးထီၣ်ရၢလီၤ ဖိသၢ်အိၣ်ဖျဲၣ်သီ တၢ်သမံသမိး တၢ်မၤကွၢ် အစၢတဖၣ်

Release Request Authorization to Release Newborn Screening Test Results

Karen

ထုၢ်ဟ့ၣ်စိဟ့ၣ်ကမီၤ လၢ ကထုးထီၣ်ရၢလီၤ တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်ဒိသဒါအိၣ် ဆူ ပုၤ တၢ်ကျိၤထီၣ်

ပုၤနီၢ်တၢ်ဂၤစၢၣ်စၢၣ် အဂီၢ်အကျိၤ

Individual Information

ဖိသၢ်အိၣ်ဖျဲၣ်သီ အမံၤခိၣ်ထံး ဒီးမံၤကတၢၢ်-
Newborn First and Last Name

ဖိသၢ်အိၣ်ဖျဲၣ်သီ အိၣ်ဖျဲၣ်မုၢ်နံၤ-
Newborn Birth Date

မိၤလၢအအိၣ်ဖျဲၣ်ဖိ အမံၤခိၣ်ထံး ဒီးမံၤကတၢၢ်-
Birth Mother First and Last Name

မိၤအအိၣ်ဖျဲၣ်မုၢ်နံၤ-
Mother Birth Date

တၢ်ဆါဟံၣ် မ့တမ့ၢ် တၢ်အိၣ်ဖျဲၣ်ဖိအလီၤ
Hospital or Place of Birth

ကသံၣ်ဒါး အလီၤတဲစိ နီၣ်ဂံၢ်-
Clinic Phone Number

ဝံသးစူၤ ထုးထီၣ်ရၢလီၤ ဖိသၢ်အိၣ်ဖျဲၣ်သီ တၢ်သမံသမိး တၢ်မၤကွၢ် အစၢတဖၣ် ဆူ-

Please Release Newborn Screening Test Results To:

ပုၤနီၢ်တၢ်ဂၤစၢၣ်စၢၣ်, ကသံၣ်ဒါး, မ့တမ့ၢ် တၢ်ကရၢ ကရိၤ-
Individual, Clinic, or Organization

ကျဲးနီၣ်ဂံၢ်-
Street Address

ဝံၣ်, ကီၢ်စဲၣ်, ဒီးစံး(ပ)ဟီၣ်ကဝီၤ နီၣ်ဂံၢ် -
City, State, and ZIP Code

လီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်-
Phone Number

ဖဲး(စ)-
Fax

ယၢ်ပၢၢ် တၢ်လၢလံာ်အံၤ လီၤ-

- တၢ်ကထုးထီၣ်ရၢလီၤ တၢ်မၤကွၢ်အစၢတဖၣ်ဆူ ပုၤတဂၤ, ကသံၣ်ဒါး, မ့တမ့ၢ် တၢ်ကရၢကရိၤ လၢတၢ်ဟံၣ်ဖျါ ထီၣ် အမံၤလၢထး န့ၣ်လီၤ.
- ဖဲတၢ်ထုးထီၣ်ရၢလီၤ တၢ်မၤနီၣ်မၤယါတဖၣ် ဆူ ပုၤတဂၤ, ကသံၣ်ဒါး, မ့တမ့ၢ် တၢ်ကရၢကရိၤ လၢတၢ်ဟံၣ်ဖျါ ထီၣ် အမံၤလၢထးအခါ, Minnesota တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ ချဲၣ်ကျိၤ ဒိသဒါအိၣ် လၢတၢ် ဟ့ၣ်စိဟ့ၣ်နီၤလီၤအိၣ်ဒီး ပုၤသၢဖုတဖု တသ့ဘၣ်လီၤ. ဖဲတၢ်ဆၢကတၢၢ်အံၤ, တၢ်မၤနီၣ် မၤယါတဖၣ် တၢ်ဒိသဒါအိၣ်အိၣ် လၢကီၢ်စဲၣ် ဒီးဖဲၣ်ဒရၢၣ် ပုၤနီၢ်တၢ်ဂၤစၢၣ်စၢၣ် တၢ်ဂ့ၢ်သးတၢ်သိၣ်တၢ်သီ တသ့လၢဘၣ်လီၤ.
- လၢကမိးသးစးအဂီၢ်, လံာ်ကီၢ်ဒိအံၤ တၢ်ကဘၣ် မၤပုၤအိၣ် လၢလၢပုၤပုၤ ဒီးဆဲးလီၤမံၤ လၢပုၤတဂၤစၢၣ်စၢၣ် မ့တမ့ၢ် ပုၤဖိသၢ်ဆဲးဖိ အပုၤကွၢ်ထီၣ်တၢ် လၢအမိးသးစး န့ၣ်လီၤ. တၢ်မၤတဆိတလဲအံၤ ဘၣ်န့ၣ် လံာ်ကွၢ်ဒီးအမိးသးစး န့ၣ်လီၤ.
- လၢတၢ်ကထုးထီၣ်ရၢလီၤ တၢ်အစၢတဖၣ်အဂီၢ်, ပုၤတဂၤ, မ့တမ့ၢ်, တၢ်ကရၢကရိၤ, လၢတၢ်ဟံၣ်ဖျါ ထီၣ် အမံၤလၢထးအခါ, Minnesota တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ ချဲၣ်ကျိၤ ဒိသဒါအိၣ် လၢတၢ် ဟ့ၣ်စိဟ့ၣ်နီၤလီၤအိၣ်ဒီး ပုၤသၢဖုတဖု တသ့ဘၣ်လီၤ. ဖဲတၢ်ဆၢကတၢၢ်အံၤ, တၢ်မၤနီၣ် မၤယါတဖၣ် တၢ်ဒိသဒါအိၣ်အိၣ် လၢကီၢ်စဲၣ် ဒီးဖဲၣ်ဒရၢၣ် ပုၤနီၢ်တၢ်ဂၤစၢၣ်စၢၣ် တၢ်ဂ့ၢ်သးတၢ်သိၣ်တၢ်သီ တသ့လၢဘၣ်လီၤ.

I understand to the following:

- All test Results will be released to the person, clinic, or organization named above.
- Once the records are released to the person, clinic, or organization named above, the Minnesota Department of Health cannot prevent them from being shared with a third party. At that point, the records may no longer be protected by the state and federal privacy laws.
- To be valid, this form must be filled out completely and signed by the individual or the legal guardian of a minor. A copy is valid if it has not been altered.
- For results to be released, identify of the requesting individual must be authenticated either by an attached copy of a photo ID or by a notary public.

ကွဲးလီၤ ပုၤနီၤတၢ်စၢ်စၢ် မ့ၢ်တၢ်ပုၤကွၢ်ထွဲတၢ် လၢအဖိး
သး အမၤ

Printed Name of Individual Guardian

မုၢ်နံၤ/ တၢ်ဆၢကတီၢ်
Date/Time

ပုၤနီၤတၢ်စၢ်စၢ် မ့ၢ်တၢ်ပုၤကွၢ်ထွဲတၢ်လၢအဖိးသး အ
တၢ်ဆိးလီၤမၤ

Signature of Individual Legal Guardian

ပီၢ်ရီၤအုၢ်သးဆိးလီၤမၤ
Notary Public Signature

PAGE 2 / 2

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

Phone:(800) 664-7772
Fax:(651) 215-6285
Email: health.newbornscreening@state.mn.us
Website: www.health.state.mn.us/newbornscreening