

## Запрос на раскрытие

### Разрешение на раскрытие результатов анализов, полученных в ходе скрининга новорождённых

Release Request Authorization to Release Newborn Screening Test Results

Испанский

Разрешение на раскрытие защищённой медицинской информации переводчику

#### Личная информация

Individual Information

Имя и фамилия новорождённого:  
Newborn First and Last Name

Дата рождения новорождённого:  
Newborn Birth Date

Имя и фамилия биологической матери:  
Birth Mother First and Last Name

Дата рождения матери:  
Mother Birth Date

Клиника или место рождения:  
Hospital or Place of Birth

Номер телефона клиники:  
Clinic Phone Number

#### Прошу раскрыть результаты анализов новорождённого следующему лицу:

Please Release Newborn Screening Test Results To:

Лицо, клиника или организация:  
Individual, Clinic, or Organization

Улица и номер дома:  
Street Address

Город, штат и почтовый индекс:  
City, State, and ZIP Code

Номер телефона:  
Phone Number

Факс:  
Fax

#### Я понимаю следующее:

- Все результаты анализов будут раскрыты названным выше лицу, клинике или организации.
- После того, как данные будут раскрыты названным выше лицу, клинике или организации, Департамент здравоохранения Миннесоты не сможет помешать им раскрыть эти данные третьим лицам. С этого момента данные больше не могут быть защищены законами штата и федеральными законами о защите 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.
- Для раскрытия результатов личность запрашивающего лица должна быть удостоверена прилагаемой к форме копией удостоверения личности с фотографией либо нотариусом.

#### 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.**

Имя и фамилия запрашивающего лица или  
законного опекуна (печатными буквами)

Printed Name of Individual Guardian

Дата и время:

Date/Time

Подпись запрашивающего лица или  
законного опекуна

Signature of Individual Legal Guardian

Подпись нотариуса

Notary Public Signature

**СТР. 2 / 2**

Отправьте заполненную форму по адресу:

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](mailto:health.newbornscreening@state.mn.us)

Веб-сайт: [www.health.state.mn.us/newbornscreening](http://www.health.state.mn.us/newbornscreening)