



DEPARTMENT OF HEALTH

СТР. 1 / 2
РЕД. 01/2025

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

Веб-сайт: www.health.state.mn.us/newbornscreening