

Solicitud de divulgación

Autorización para divulgar los resultados de la prueba de evaluación de recién nacidos

Release Request Authorization to Release Newborn Screening Test Results

Spanish

Autorización para divulgar la información médica protegida a un intérprete

Información de la persona

Individual Information

Nombre y apellido del recién nacido:

Newborn First and Last Name

Fecha de nacimiento del recién nacido:

Newborn Birth Date

Nombre y apellido de la madre biológica:

Birth Mother First and Last Name

Fecha de nacimiento de la madre:

Mother Birth Date

Hospital o lugar de nacimiento:

Hospital or Place of Birth

Número de teléfono de la clínica:

Clinic Phone Number

Sírvase a divulgar y entregar los resultados de la prueba de evaluación de recién nacidos a:

Please Release Newborn Screening Test Results To:

Persona, clínica u organización:

Individual, Clinic, or Organization

Dirección:

Street Address

Ciudad, estado, código postal:

City, State, and ZIP Code

Número de teléfono:

Phone Number

Número de fax:

Fax

Entiendo lo siguiente:

- Todos los resultados de la prueba se deben divulgar y entregar a la persona, clínica u organización antes mencionada.
- Una vez que los registros se divulgan y entregan a la persona, clínica u organización antes mencionada, el Departamento de Salud de Minnesota ya no puede impedir que se compartan con terceros. En ese momento, es posible que los registros ya no puedan ser protegidos por las leyes de privacidad estatales y federales.
- 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.
- **Para que los resultados se divulguen y entreguen, la identidad de la persona que los solicita debe autenticarse mediante una copia anexada de un documentos de identidad con foto o por un notario.**

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.**

Nombre impreso de la persona o del tutor legal
Printed Name of Individual Guardian

Fecha y hora
Date/Time

Firma de la persona o del tutor legal
Signature of Individual Legal Guardian

Firma del notario público
Notary Public Signature

Página 2 de 2

Envíe el formulario completado a:
Minnesota Department of Health
Newborn Screening Program
P.O. Box 64899
St. Paul, MN 55164-0899

Número de teléfono:(800) 664-7772
Número de fax:(651) 215-6285
Correo electrónico: health.newbornscreening@state.mn.us
Sitio web: www.health.state.mn.us/newbornscreening