

Departamento de Salud de la Comunidad de Michigan
**Instrucciones para la Destrucción de Muestras
de Sangre de la Evaluación del Recién Nacido**

Nombre del Niño al Nacer:	Fecha de Nacimiento:
Nombre Actual del Niño:	Si fue Alumbramiento Múltiple, indique orden con un círculo: 1ro 2do 3ro 4to 5to
Nombre de la Madre al Nacer el Niño:	Hospital Donde Nació:

Soy un representante legal* del niño nombrado en este formulario. Con mi firma a continuación, por la presento solicito al Departamento de Salud de la Comunidad de Michigan que destruya la muestra de sangre de mi hijo (o la mía) una vez completada la evaluación del recién nacido. Entiendo que al destruir esta muestra de sangre, ya NO será posible usarla en el futuro para propósitos médicos, de identificación o de investigación.			
Firma del padre, tutor u otro representante legal:		Relación con el niño:	
Nombre en imprenta:		Fecha:	
Domicilio:	Ciudad :	Código Postal:	Teléfono:

* **“Representante legal”** se refiere al padre o tutor de un menor de edad, quien posee autoridad para actuar en representación del menor o de la persona cuya muestra fue tomada, si tiene 18 años de edad o más o se encuentra legalmente emancipado.

La identidad de la persona(s) que firma este formulario debe ser autenticada. Sírvase adjuntar una copia de: **1) el certificado de nacimiento del menor y 2) licencia de conducir, tarjeta de identificación emitida por el estado, o pasaporte** de la persona que firma este documento. Es posible que sean requeridos documentos de identificación adicionales.

⇒Envíe por correo el formulario completo con las copias requeridas a:

Michigan Department of Community Health
(Departamento de Salud de la Comunidad de Michigan)
Newborn Screening Laboratory Section
3350 N. Martin Luther King, Jr. Blvd.
P.O. Box 30035
Lansing, MI 48909

Por favor declare por qué está presentando esta solicitud. *(Esto ayudará a mejorar el programa de evaluación de recién nacidos, pero no es obligatorio completar esta sección).*

Preocupaciones de privacidad No está de acuerdo con la investigación Otro: _____

Autoridad:	Código de Salud pública de Michigan, Ley 368 de 1978	El Michigan Department of Community Health (Departamento de Salud de la Comunidad de Michigan) brinda igualdad de oportunidades de empleo, servicios y provisión de programas.
-------------------	--	--