MDHHS-5683, RESIDUAL NEWBORN SCREENING BLOOD SPOT DIRECTIVE
MDHHS-5683-SP, DIRECTIVA DE EXAMENES DE MUESTRAS DE SANGRE RESIDUALES PARA RECIEN NACIDOS

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)
(Revised 1-25)

SECCION 1

Nombre del Niño al Nacer | Fecha de Nacimiento

Nombre Actual del Niño | Marque el Orden por Múltiples Nacimientos
☐ 1ro ☐ 2do ☐ 3ro ☐ 4to ☐ 5to

Nombre de la Madre al Nacer el Niño | Hospital de Nacimiento

Soy un representante legal* del niño que se nombra más arriba. Le solicito al Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) que (marque una)

☐ Destruya todas las muestras de sangre restantes. Entiendo que al marcar esta casilla, ya habrá muestras de sangre disponibles para uso futuro incluyendo propósitos médicos, de identificación o investigación.

☐ Guarde pero no use las muestras de sangre para investigaciones una vez completado el examen al recién nacido. Entiendo que el laboratorio guardará las muestras de sangre, pero que no las usará para investigaciones de ningún tipo a menos que yo lo indique por escrito.

* **Representante legal** se refiere a un padre o tutor de un menor quien posee la autoridad para actuar en nombre del menor o del individuo de quien se recolectó la muestra, si tiene 18 años o más o se encuentra legalmente emancipado.

SECCION 2

Firma del Padre, Tutor u otro Representante Legal | Relación con el Niño

Nombre en Imprenta | Fecha | Número Telefónico

Domicilio | Ciudad | Estado | Código Postal

SECCION 3

Si usted ordena al MDHHS que destruya las manchas de sangre, también debe adjuntar una copia del acta de nacimiento u otro registro igualmente confiable que demuestre la relación legal del solicitante con el niño cuyas manchas de sangre están siendo destruidos Y la licencia de conducir, la tarjeta de identificación emitida por el estado, el pasaporte u otra prueba de identidad de la persona que firmó anteriormente.

Entregue el documento(s) por:

Correo Electrónico: biotrust@michigan.gov **Fax:** 517-335-9419 **o**

Correo Postal: BioTrust Coordinator, NBS Follow-up Program, PO Box 30195, Lansing, MI 48909

Tenga en cuenta que el MDHHS no podrá garantizar la seguridad de los correos electrónicos, en caso de que decida entregar este formulario y los documentos correspondientes al departamento por dicho medio.

El Michigan Department of Health and Human Services no excluirá de la participación, negará los beneficios o discriminará a ningún individuo o grupo debido a su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color, altura, peso, estado civil, consideraciones partidistas o una discapacidad o información genética que no esté relacionada con la elegibilidad de la persona.

AUTORIDAD: Michigan Public Health Code, Act 368 of 1978