



SOLICITUD PARA DESTRUIR LA GOTA DE SANGRE SECA

Formulario del Estado 57474 (8-24) / Formulario D
DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA
PROGRAMA DE EVALUACION GENÓMICA Y PRUEBAS DE DETECCIÓN NEONATAL

Puede solicitar que se destruya la muestra de gota de sangre seca de su hijo completando y enviando este formulario al Programa de Evaluación Genómica y Pruebas de Detección Neonatal (GNBS, por sus siglas en inglés).

Por favor, revise los siguientes criterios para asegurarse de que su solicitud sea válida:

- Se mantendrán todas las muestras hasta que el niño haya cumplido seis (6) meses después de que se haya recolectado la muestra, en caso de que sea necesario realizar pruebas adicionales relacionadas con la evaluación del recién nacido. No se destruirán las muestras antes de seis (6) meses después del momento de la recolección de la muestra.
- Si usted dio previamente su consentimiento para el almacenamiento de la muestra de gota de sangre seca de su hijo, la muestra será destruida tres (3) años después de que se recolectó la muestra. Puede solicitar que la muestra sea destruida completando y enviando este formulario antes de los tres (3) años después del momento de la recolección.

Para que el Programa de Evaluación Genómica y Pruebas de Detección Neonatal del Departamento de Salud de Indiana localice la muestra de la gota de sangre seca de su hijo, se necesita cierta información.

Por favor, complete cada uno de los espacios a continuación con la información correcta del niño cuya muestra de gota de sangre seca está solicitando que sea destruida.

| | | |
|---|---|--|
| Nombre y apellido del niño al nacer | | Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año) |
| Lugar de nacimiento (nombre del hospital o lugar de parto en Indiana donde nació el niño) | | |
| Nombre y apellido de la madre biológica | | Apellido de soltera de la madre biológica |
| Nombre y apellidos del solicitante | | Relación del solicitante con el niño |
| Dirección del solicitante (número y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal) | | |
| Número de teléfono del solicitante () | Dirección de correo electrónico del solicitante | |

Por la presente solicito que se **destruya** la muestra de sangre seca del niño mencionado anteriormente y doy permiso al Departamento de Salud de Indiana y al laboratorio de detección neonatal adquirido por el estado para completar esta solicitud de **destrucción**.

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Firma del solicitante | Fecha de solicitud (mes/día/año) |
|-----------------------|----------------------------------|