



SOLICITUD DE ALMACENAMIENTO DE LA GOTA DE SANGRE SECA

Formulario del Estado 57475 (8-24) / Formulario S
DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA
PROGRAMA DE EVALUACION GENÓMICA Y PRUEBAS DE DETECCIÓN NEONATAL

Usted puede solicitar que la muestra de la gota de sangre seca de su hijo se almacene durante tres (3) años después del momento de la recolección 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:

- Puede completar y enviar este formulario si la muestra se recolectó en menos de seis (6) meses y desea cambiar su consentimiento para reflejar su elección de almacenar la muestra durante tres (3) años después del momento de la recolección.
- En caso de que sea necesario realizar pruebas adicionales relacionadas con la detección del recién nacido todas las muestras se almacenarán hasta que la muestra haya alcanzado los seis (6) meses después del momento de la recolección.
- Al marcar y firmar el formulario para rechazar el almacenamiento de la gota de sangre seca al momento que la muestra es recolectada, la muestra se destruirá después de seis (6) meses desde la recolección. No podrán ser atendidas las solicitudes presentadas para el almacenamiento de muestras después de los seis (6) meses de haber sido recolectada, ya que la muestra ha sido destruida.

Se necesitarán ciertos datos para que el Programa de Evaluación Genómica y Pruebas de Detección Neonatal del Departamento de Salud de Indiana localice la muestra de gota de sangre seca de su hijo.

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 almacenado.

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 **almacene** la muestra de gota de sangre seca del niño mencionado anteriormente y doy permiso al Departamento de Salud de Indiana y al laboratorio de detección neonatal contratado por el estado para completar esta solicitud de **almacenamiento**.

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