Department of Health & Human Services
Utah Public Health Laboratory

Attach NBS kit barcode sticker here:

Número de kit asignado:	
Nombre legal completo del niño:	Fecha de nacimiento del niño:
Nombre completo del padre/tutor legal:	Número de teléfono:

Formulario de autorización para almacenar muestras de sangre de recién nacidos en el Laboratorio de Salud Pública de Utah (UPHL)

El Laboratorio de Salud Pública de Utah (UPHL) analiza muestras de sangre de recién nacidos para detectar trastornos genéticos. Con su autorización, almacenamos las muestras por un periodo de 7 años después de recolectarlas. Si usted no da su autorización para almacenarlas, destruiremos estas muestras después del transcurso de 90 días.

Las muestras de sangre se almacenan por las siguientes razones:

- En caso de que su hijo necesite más análisis de sangre en el futuro debido a una enfermedad diagnosticada. Siempre solicitaremos su permiso antes de realizar cualquier prueba.
- Para mejorar nuestros métodos de prueba actuales o para el desarrollo de nuevas pruebas para otras enfermedades.
- Para el control y la garantía de calidad.
- Para investigar el diagnóstico y tratamiento de la detección temprana en recién nacidos, solamente si nos da su permiso. Nunca utilizaremos una muestra sin su autorización.

Su información personal se almacenará de forma segura por medio de:

- La desidentificación de las muestras. Esto significa que eliminamos toda la información personal de la muestra antes de almacenarla, incluyendo nombres, fechas de nacimiento o información de contacto.
- El almacenamiento de su información de contacto en un lugar separado de las muestras de sangre y los resultados de las pruebas.
- El almacenamiento de las muestras de sangre en un congelador seguro al que solo el personal autorizado puede entrar.

Seleccione 1 de estas opciones para indicar el plazo de tiempo que el UPHL puede almacenar las muestras de sangre de su hijo:

Nota: Si las dos casillas están marcadas, o si ninguna está marcada, se destruirá la muestra después de 90 días

☐ Doy mi autorización para que las muestras de sangre de mi hijo se almacenen por 7 años y luego se destruyan.

☐ No doy mi autorización y quiero que la muestra de sangre de mi hijo se destruya a los 90 días. Firma del padre/tutor legal: Fecha:

_____ _____

Entregue este formulario al personal del hospital o a su partera o envíelo por correo directamente a:

Newborn Screening Program
4431 South 2700 West
Taylorsville, UT 84129
Fax: 801-536-0966