



SOLICITUD DE DESTRUCCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE SECA

Formulario estatal 55650 (8-14) / Form. D



Indiana State Department of Health

Usted puede solicitar que las muestras de manchas de sangre seca de su bebé se destruyan completando y enviando este formulario al Programa de exámenes para el recién nacido. Sin embargo, tenga en cuenta que no se destruirá ninguna muestra hasta que el niño haya cumplido los seis (6) meses de vida, en caso de que se deban realizar pruebas adicionales relacionadas con los exámenes para el recién nacido.

Con el fin de que el Programa de exámenes para el recién nacido del Departamento de Salud del Estado de Indiana (ISDH) encuentre las muestras de manchas de sangre seca de su hijo recién nacido o del hijo recién nacido de su hijo o hija, se necesita que facilite cierta información.

Rellene todos los espacios siguientes *con la información correcta de la persona/niño para la/el cual se solicita que se destruyan las muestras de sangre seca.*

- Si usted solicita la destrucción de las muestras de manchas de sangre seca de su hijo recién nacido, llene los espacios con su información. *Puede solicitar la destrucción de sus muestras de manchas de sangre seca, toda persona que tenga como mínimo dieciocho (18) años de edad.*
- Si usted solicita la destrucción de las muestras de manchas de sangre seca para el hijo recién nacido de su hijo o hija, ingrese la información sobre su hijo o hija.

Nombre de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento (día, mes, año): _____

Lugar de nacimiento (nombre del hospital/centro de cuidados de obstetricia de Indiana donde nació usted o su hijo):

Nombre de la madre biológica: _____ Apellido de la madre biológica: _____

Apellido de soltera de la madre biológica: _____

Nombre completo del solicitante: _____ Número de teléfono del solicitante: (____) _____

Relación del solicitante con el niño: _____

Dirección del solicitante: _____, _____, _____
Calle Ciudad Estado

Yo, _____, solicito que mis muestras de manchas de sangre seca o las de mi hijo (el niño que detallo nombre en imprenta aquí en este formulario) se destruyan y autorizo al Departamento de Salud del Estado de Indiana y al Laboratorio de exámenes para el recién nacido de la Universidad de Indiana a que realice tal destrucción.

Firma de la persona o padre/madre/tutor legal

Fecha (día, mes, año)

Objetivo: Se requiere la identificación de la persona al momento de presentar una solicitud relacionada con la Ley de responsabilidad y portabilidad de los seguros de salud (HIPAA) con respecto a la información médica protegida (PHI). A continuación, se detallan las identificaciones aceptadas que puede presentar esta persona. Entregue una fotocopia de un documento de la Lista A **O** dos documentos de la Lista B con su solicitud.

Lista	Lista
Entregue una fotocopia de uno (1) de los siguientes documentos:	Si no puede entregar ningún documento de la Lista A, entregue una fotocopia de dos (2) de los siguientes documentos:
Licencia válida de conducir	Tarjeta del Seguro Social
Identificación estatal válida	Impresión sellada del Seguro Social
Identificación laboral con firma	Tarjeta de crédito o bancaria con firma (solo del dorso)
Identificación militar con firma	Registro del vehículo con motor (debe tener seis (6) meses de antigüedad). NO SE PERMITEN TÍTULOS DE VEHÍCULOS
Identificación escolar con firma	Permiso válido de portación de armas de Indiana
Tarjeta de identificación de veterano de guerra	Contrato de alquiler/arrendamiento (debe tener seis (6) meses de antigüedad)
Tarjeta de identificación de libertad condicional	Licencia válida de profesional
Pasaporte	Referencia de una agencia del estado
	Solicitud de empleo (debe tener seis (6) meses de antigüedad) NO SE PERMITEN RECIBOS DE SUELDO
	Verificación de empleo con membrete
	Tarjeta de la biblioteca con firma
	Declaración jurada de impuestos firmada del año anterior. NO SE PERMITEN DECLARACIONES DEL FORMULARIO W2

Se enviará una carta de confirmación a la dirección detallada en esta solicitud una vez que se haya realizado la destrucción de las muestras de sus manchas de sangre seca o las de su hijo. Si tenemos alguna pregunta relacionada con su solicitud, nos comunicaremos con usted usando la información que detalló en esta solicitud. Asegúrese de que todos los campos se completen en su totalidad.

Si tiene alguna consulta sobre este formulario, llame al Departamento de Genómica y Programa de exámenes para el recién nacido del ISDH al (888) 815-0006. Envíe por fax esta solicitud al (317) 234-2995 o por correo postal al:

**Departamento de Genómica y Programa de
exámenes para el recién nacido
Departamento de Salud del Estado
de Indiana
2 North Meridian St., 2E
Indianapolis, In 46204**