



SOLICITUD PARA CONSERVAR MUESTRAS DE SANGRE SECA CON FINES DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Formulario estatal 55651 (8-14) / Form. S



Indiana State
Department of Health

Si anteriormente no solicitó que, sus muestras de manchas de sangre seca o las de su bebé se conserven con fines de investigación médica, usted puede solicitar que se almacenen y se guarden con fines de investigación médica completando y enviando este formulario al Programa de 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 solicita que se le almacenen las muestras de sangre seca con fines de investigación médica.*

- Si usted solicita que se conserven sus muestras de manchas de sangre seca, llene los espacios con su información. *Puede solicitar la conservación de sus muestras de manchas de sangre seca, toda persona que tenga como mínimo dieciocho (18) años de edad.*
- Si usted solicita la conservación de las muestras de manchas de sangre seca de su hijo o hija, coloque 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

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
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

Firme y coloque la fecha en la tercera página de este formulario de solicitud y envíelo por fax o correo postal la copia con todos los datos completos a:

**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**

Fax: (317) 234-2995

Se enviará una carta de confirmación a la dirección detallada en esta solicitud una vez que el Laboratorio de exámenes para el recién nacido encuentre y almacene las muestras de sus manchas de sangre seca o las de su hijo. El Departamento de Salud del Estado de Indiana tiene cronogramas regulares de destrucción de muestras. Si sus muestras de manchas de sangre seca o las de su hijo ya se han destruido o no es posible conservar la muestra de sangre seca por su estado actual, se lo avisaremos por correo. 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.

CONSERVACIÓN Y USO DE LAS MANCHAS DE SANGRE SECA (DBS) EN LOS EXÁMENES PARA EL RECIÉN NACIDO

Parte del Formulario estatal 55651 (8-14) / Form. S

NOTAS:

- El padre/madre o tutor legal debe indicar si acepta o rechaza participar en la investigación y firmar al final del formulario.
- Si se rechaza participar, las DBS del niño se destruirán después de estar almacenadas seis (6) meses.
- Si se acepta participar, las DBS del niño se conservarán en un congelador con control de humedad y se podrán usar para investigaciones (las muestras no tendrán identificación para el uso en investigaciones). Las DBS se destruirán después de estar almacenadas tres (3) años.

Le deben haber entregado el folleto llamado “*Después de los exámenes para el recién nacido*”. Este folleto describe cómo las muestras de sangre de su hijo provenientes de los exámenes para el recién nacido (que también se llaman manchas de sangre secas o DBS, por sus siglas en inglés) podrían usarse después de que se terminen los exámenes para el recién nacido. Le pedimos que lea este folleto. Si no recibió una copia, pídasela a la enfermera o al proveedor de cuidados primarios de su hijo.

Como padre/madre o tutor legal del niño, usted tiene el derecho a decidir si se usarán o no las DBS de su hijo para investigaciones médicas después de que se terminen los exámenes para el recién nacido. Lea la siguiente información. Una vez que decida si se pueden o no usar las DBS de su hijo para investigaciones médicas después de los exámenes para el recién nacido, marque “SÍ” o “NO” y firme al final de este formulario.

- Es importante que el padre/madre o tutor comprenda que participar en una investigación médica es totalmente voluntario.
- No hay sanciones por rechazar que se haga uso de las DBS de su hijo para investigaciones médicas después de los exámenes para el recién nacido.
- Si acepta que en este momento se usen las DBS de su hijo para investigaciones médicas, pero después cambia de opinión, puede usted llamar al Programa de exámenes para el recién nacido del Departamento de Salud del Estado de Indiana y pedir que no se usen las DBS de su hijo para investigaciones.

He/hemos leído el folleto llamado “*Después de los exámenes para el recién nacido*” y la información anterior. Mi/nuestra decisión sobre mis DBS o las DBS de su hijo se detalla a continuación. Mi/nuestra autorización se aplica a todas las muestras de sangre recolectadas para los exámenes para el recién nacido.

- SÍ.** Acepto/aceptamos que mis/las muestras de las manchas de sangre seca (DBS) de mi/nuestro hijo puedan usarse con fines de investigación médica después de que se terminen los exámenes para el recién nacido. Mis/las DBS de mi/nuestro hijo se conservarán para usarse en investigaciones médicas futuras. **Mis/las DBS de mi/nuestro hijo se destruirán después de tres (3) años.**
- NO. Rechazo/rechazamos** que se usen mis/las muestras de manchas de sangre seca (DBS) de mi/nuestro hijo en investigaciones médicas después de que terminen los exámenes para el recién nacido. **Mis/las DBS de mi/nuestro hijo se destruirán después de seis (6) meses.**

Si tiene más preguntas sobre las muestras de sangre seca y las investigaciones médicas, comuníquese con el Programa de exámenes para el recién nacido del Departamento de Salud del Estado de Indiana al (888) 815-0006.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha (día, mes, año)