



Programa de cribado  
 neonatal 302-9515079  
 Fax: 302-950719

**NEGATIVA A ALMACENAR LAS MUESTRAS DE SANGRE DESPUÉS DE FINALIZADO EL ANÁLISIS**

Por medio de la firma de este formulario, comprendo que estoy optando por NO conservar las muestras de sangre de mi hijo en el laboratorio de cribado neonatal.

Comprendo que las muestras de sangre se guardan para ser utilizadas en programas de gestión de la calidad de los laboratorios y para implementar procedimientos de laboratorio para nuevos trastornos que se puedan incluir en el conjunto de enfermedades que se desean detectar.

Comprendo que no se pueden hacer investigaciones con las muestras guardadas sin el consentimiento de los padres.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Hospital o lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor en imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Enviar el formulario completo a: Memours Newborn Screening Program  
 1600 Rockland Road  
 Wilmington, DE 19803

Fax: 302-950719  
 Teléfono: 302-9515079

