

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 pueden 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: Nemours Newborn Screening Program
1600 Rockland Road
Wilmington, DE 19803

Fax: 302-295-0719
Teléfono: 302-651-5079