

**NEGATIVA DE LOS PADRES A INCLUIR LOS RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DEL RECIÉN
NACIDO EN UNA RED DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CON CONTRASEÑA**

Con la firma de este formulario, comprendo que estoy optando por NO guardar los resultados de la prueba del talón de mi hijo en una red de información de salud protegida con contraseña.

Comprendo que únicamente los profesionales del cuidado de la salud de mi hijo pueden acceder a los resultados que se incluyen en una red protegida con contraseña. Esto incluye al médico de cabecera de mi hijo o a un especialista (pediatra, pediatra especializado, enfermero o médico de familia).

Comprendo que no se hará ninguna investigación con esta información (específicamente, la información que incluye el nombre de mi hijo u otra información que permita su identificación) 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