

## Formulario de Decisión de los padres sobre el almacenamiento y el uso de tarjetas de recogida de gotas de sangre para pruebas de detección temprana a recién nacidos

### ¿Qué pasa con la tarjeta de recogida de gotas de sangre después de las pruebas?

- El DSHS guardará las tarjetas en un lugar seguro hasta por dos años. Según la ley de Texas (Código de Salud y Seguridad, sección 33.018(b)-(c)), las gotas de sangre podrían usarse durante ese tiempo. Dichos usos incluyen:
  - el aseguramiento de calidad del DSHS y externo para cerciorarse de que las pruebas, el equipo y los suministros estén funcionando como deben
  - el desarrollo de nuevas pruebas o
  - el estudio del DSHS de enfermedades que afectan la salud pública.
- Si usted lo autoriza, las tarjetas de su bebé se guardarán hasta por 25 años, y podrían usarse para investigaciones de salud pública fuera del DSHS.

### Por favor lea abajo. Entonces usted puede decidir qué quiere que el DSHS haga con la tarjeta de recogida de gotas de sangre de su bebé una vez completadas las pruebas de detección temprana a recién nacidos.

- Si marca la casilla 'SÍ' Y firma este formulario:**
  - todas las tarjetas de su bebé se guardarán de forma segura hasta por 25 años.
  - las tarjetas podrían usarse para investigaciones de salud pública. Las investigaciones podrían tener lugar fuera del DSHS. Las investigaciones estudiarán problemas de salud pública como el cáncer, los defectos de nacimiento u otras enfermedades.
  - Puede cambiar de parecer en cualquier momento. Llame al DSHS (al número de abajo) para conocer los detalles.
- Si marca la casilla 'NO' Q no firma Q no rellena Q no devuelve este formulario:**
  - aun así las pruebas se harán como exige la ley de Texas.
  - las tarjetas de su bebé se guardarán de forma segura. Se destruirán en cuestión de dos años.
  - las tarjetas NO se usarán para investigaciones de salud pública fuera del DSHS.

**¿Pueden revelar información acerca de mí o mi bebé sin mi autorización?** No importa lo que elija en este formulario, ninguna información que lo identifique a usted o a su bebé puede revelarse fuera del DSHS sin su autorización por escrito adicional. Hay algunas excepciones, según provee la ley.

**Ya mandé el formulario en el que indiqué mi decisión. ¿Necesito mandarlo de nuevo?** NO. Un solo formulario basta para todas las tarjetas de pruebas de su bebé.

**Mayor información:** llame al 1(888) 963-7111, ext. 7333, o visite el sitio web: [www.dshs.state.tx.us/lab/newbornscreening.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/lab/newbornscreening.shtm)

**PADRE/MADRE:** [lea este formulario](#). [Seleccione una opción](#). [Fírmelo y devuélvalo](#).

**1. RELLENE** el formulario a continuación.

N.o de serie del formulario de la muestra (de estar éste disponible): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

Primer nombre y apellido del bebé: \_\_\_\_\_

Primer nombre y apellido de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfono del padre o la madre: \_\_\_\_\_

**2. MARQUE** sólo una casilla y FIRME abajo.

**SÍ** Doy mi **AUTORIZACIÓN** para que el DSHS guarde las tarjetas de mi bebé después de completadas las pruebas. Las gotas de sangre sin información identificadora podrían usarse para investigaciones de salud pública fuera del DSHS.

**'NO' NO** quiero que se usen las tarjetas de mi bebé para ninguna investigación fuera del DSHS. Entiendo que se destruirán las tarjetas en cuestión de 2 años.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o la madre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**3. DEVUELVA** este formulario al personal del hospital o del consultorio médico. Ellos lo mandarán junto con las tarjetas. O bien, puede mandarlo por **CORREO POSTAL** a:

Texas Department of State Health Services (DSHS)  
Newborn Screening Laboratory, MC 1947  
PO Box 149341 Austin, Texas 78714-9341