

طلب إتلاف  
بقع الدم و/أو نتائج فحص حديثي الولادة  
Directive to Destroy  
Blood Spots and/or Newborn Screening Test Results  
Arabic  
تفويض بكشف المعلومات الصحية المحمية وإطلاع المترجم الشفهي عليها.  
Authorization to release protected health information to an interpreter

الطفل (الاسم الأول واسم العائلة):  
Child's name (first & last):

تاريخ الميلاد:  
Birth date:

اسم الأم لدى الميلاد (الاسم الأول واسم العائلة):  
Birth mother's name (first & last):

المستشفى أو مكان الولادة:  
Hospital or place of birth:

ينطبق هذا النموذج على:  
This form applies to:

(يرجى اختيار كل ما ينطبق)  
(Please check all that apply)

عينة (عينات) بقع الدم  
Blood spot specimen(s)

جميع نتائج الفحوصات (بقع الدم، وفحص السمع، وقياس التأكسج النبضي)  
All test results (blood spot, hearing, & pulse oximetry)

إلى ولي (أولياء) الأمر أو الوصي (الأوصياء): يرجى قراءة وفهم ما يلي قبل استكمال التوقيع.  
Parent(s) or guardian(s): please read and understand the following before completing and signing this form.

بصفتي ولي أمر أو وصي الطفل المذكور أدناه، فإنني أوجه  
(MDH) Minnesota Department of Health  
وتحديداً Newborn Screening Program بإتلاف عينة (عينات)  
بقع دم فحص حديثي الولادة الخاصة بطفلي و/أو نتائج فحوصات المسح،  
وننتائج قياس التأكسج النبضي، ونتائج فحص السمع المحفوظة لدى  
Minnesota Department of Health، وفقاً لما هو محدد أعلاه.

أدرك تماماً أن إتلاف عينة (عينات) بقع دم طفلي سيجعلها غير متاحة  
لأي استخدام مستقبلي. كما أن إتلاف نتائج الفحوصات المحفوظة لدى  
Minnesota Department of Health سيحد من إمكانية وصول عائلتي  
أو مقدمي الرعاية الصحية إليها مستقبلاً.

اسم ولي الأمر أو الوصي بالخط الواضح (الاسم الأول واسم العائلة):  
Parent or guardian printed name (first & last):

توقيع ولي الأمر أو الوصي:  
Parent or guardian signature:

تاريخ اليوم:  
Today's date

صلة القرابة بالطفل:  
Relationship to child

العنوان البريدي:  
Mailing Address

العنوان السطر 1:  
Address line 1

اسم الشارع، اسم الشركة، أو (عناية):

Street address, company name, c/o

العنوان السطر 2:  
Address line 2

المدينة:

City

الولاية/المقاطعة/المنطقة:

State/Province/Regions

الرمز البريدي:

ZIP/Postal code

رقم الهاتف:

Phone number

\* بموجب تعديلات تحسين المختبرات الإكلينيكية (CLIA)، وهي اللوائح المنظمة للفحوصات المخبرية، نلتزم Minnesota Department of Health بالاحتفاظ بنتائج الفحوصات لمدة عامين. وستقوم (MDH) بإبلاغكم عبر البريد العادي عند إتلاف بقع الدم الجافة، مع تحديد التاريخ الذي سيتم فيه إتلاف نتائج الفحوصات.

يرسل النموذج بعد استكماله إلى:

Minnesota Department of Health

Newborn Screening Program

P.O. Box 64899

St. Paul, MN 55164-0899

Due to the Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) - regulations responsible for governing lab testing - the Minnesota Department of Health is required to keep test results for two years. You will be notified by MDH via US mail upon destruction of dried blood spots as well as the date when the test results will be destroyed.

هاتف: (800) 664-7772

فاكس: (651) 215-6285

البريد الإلكتروني:

health.newbornscreening@state.mn.us

الموقع الإلكتروني:

www.health.state.mn.us/newbornscreening