

د وینې د څاڅکو نمونو او/یا
د نوي زېږېدلي ماشوم د معاینې د پایلو د له منځه وړلو لارښوونه
Directive to Destroy
Blood Spots and/or Newborn Screening Test Results
Pashto
ژباړونکي ته د خوندي روغتیايي معلوماتو د شریکولو اجازه

د ماشوم نوم (تخلص، نوم):
Child's name (first & last):

د زېږېدو نېټه:
Birth date:

د مور نوم (تخلص، نوم):
Birth mother's name (first & last):

د زېږون ځای (روغتون/ځای):
Hospital or place of birth:

دافورمه لاندې مواردو ته تطبیق کېږي:
This form applies to:

د وینې د څاڅکو نمونو/نموني
Blood spot specimen(s)

ټول د ازموینې پایلې (د وینې نمونه، د اورېدو معاینه، او د نبض اکسیجن اندازه کول)
All test results (blood spot, hearing, & pulse oximetry)

مور/پلار یا سرپرست: مهرباني وکړئ د فورمې له ډکولو او لاسلیک کولو مخکې لاندې معلومات په دقت سره ولولئ او درک یې کړئ.
Parent(s) or guardian(s): please read and understand the following before completing and signing this form.

زه، د لاندې یاد شوي ماشوم مور/پلار یا قانوني سرپرست، د مینیسوټا د روغتیا ریاست (MDH) د نوي زېږېدلي ماشوم د معاینې پروگرام ته لارښوونه کوم چې زما د ماشوم د وینې د څاڅکو نمونې او/یا د معاینې پایلې، د نبض اکسیجن پایلې، او د اورېدو معاینې پایلې چې د مینیسوټا د روغتیا ریاست سره ساتل کېږي، له منځه یوسي، لکه څنګه چې پورته مشخص شوي دي.

I, the parent or guardian of the child named below, am directing the Minnesota Department of Health (MDH) Newborn Screening Program to destroy my child's newborn screening blood spot specimen(s) and/or screening test results, pulse oximetry results, and hearing screening results stored at the Minnesota Department of Health, as specified above.

زه پوهېږم چې د خپل ماشوم د وینې د څاڅکو نمونو له منځه وړل به دا نمونې د راتلونکي هر ډول کارونې لپاره نور د لاسرسي وړ نه وي. د خپل ماشوم د ازموینې د هغو پایلو له منځه وړل چې د مینیسوټا د روغتیا ریاست (Minnesota Department of Health) سره ساتل کېږي، د کورنۍ او روغتیايي خدمت وړاندې کوونکو لپاره به د هغوی راتلونکي لاسرسي محدودې کړي.

I understand that destroying my child's blood spot specimen(s) will make them unavailable for any future use. Destroying my child's test results stored at the Minnesota Department of Health will limit future access to them by my family and health care providers.

د مور/پلار یا سرپرست نوم (نوم او تخلص):
Parent or guardian printed name (first & last):

د مور/پلار یا سرپرست لاسلیک:
Parent or guardian signature:

د نن نېټه:
Today's date

له ماشوم سره اړیکه:
Relationship to child

د پوست لپارو معلومات

Mailing Address

آدرس کرښه 1:
Address line 1

د سړک آدرس / شرکت نوم / د پاملرنې لاندې (C/O):

Street address, company name, c/o

آدرس کرښه 2:
Address line 2

اپارتمان، څانګه، تعمير، منزل اونور (MDH) څخه پوست بکس له لارې نه لېږل کېږي:

Apartment, suite, unit, building, floor, etc. - MDH cannot ship to a P.O. box

بنار:

City

ایالت / ولایت / سیمه:
State/Province/Regions

پوسټ کوډ:
ZIP/Postal code

تیلیفون شمېره:
Phone number

د کلینیکي لابراتوار د کیفیت د ښه والي مقرراتو (CLIA) له مخې چې د لابراتواري ازموینو د تنظیم مسؤلیت لري، د مینیسوتا د روغتیا ریاست (MDH) پر دې چې د ازموینو پایلې د دوو کلونو لپاره وساتي. تاسو ته به د (MDH) له خوا د امریکایي پوسټ (US Mail) له لارې خبر درکړل شي، کله چې د وچو وینې نمونې له منځه وړل کېږي او همدارنګه هغه نېټه چې د ازموینو پایلې به له منځه وړل کېږي.

بشپړه شوې فورمه دې لاندې آدرس ته
واستوئ: د مینیسوتا د روغتیا ریاست
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.

Phone:(800) 664-7772
Fax:(651) 215-6285
Email: health.newbornscreening@state.mn.us
Website: www.health.state.mn.us/newbornscreening