



State of California—Health and Human Services Agency
California Department of Public Health



**SOLICITUD DE LOS PADRES PARA QUE SE DESTRUYA
LA TARJETA DE MUESTRA DE SANGRE DEL RECIÉN NACIDO**

*Si la madre no puede firmar, adjunte el acta de nacimiento emitido por el estado con sello oficial.
(Se devolverá al padre después de que se haya revisado).*

Padre o padres que hacen la solicitud:

Nombre y apellidos de la madre
(incluyendo el apellido de soltera): _____

Fecha de nacimiento de la madre: _____

Correo electrónico de la madre: _____

Apellido y nombre del padre: _____

Correo electrónico del padre: _____

Información sobre el niño:

Apellido y nombre del recién nacido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo: Masculino Femenino

Hospital donde nació: _____

Dirección del niño al nacer: _____

Dirección postal actual: _____
(si no es la misma) _____

Teléfono: () _____ - _____

Comprendo que cualquier persona que solicite u obtenga cualquier registro que contenga información personal del Departamento de Salud Pública de California bajo falsas pretensiones será culpable de un delito menor y recibirá una multa de hasta \$5,000 o será recluido por hasta un año, o ambos.

Firma de la madre: _____ Fecha: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

(Los padres o el tutor legal solo deben firmar si la solicitud es para un menor de 18 años de edad)

Envíe el formulario llenado a: California Biobank Program Coordinator
CDPH – GDSP
850 Marina Bay Pkwy., F175, MS 8200
Richmond, CA 94804
correo electrónico: CaliforniaBiobank@cdph.ca.gov