



Registro de células falciformes de Florida Formulario de exclusión para el bebé

¡Felicitaciones por su bebé! Como padre, madre o tutor legal de un bebé identificado con la enfermedad de células falciformes o el rasgo de células falciformes a través del Programa de revisión de recién nacidos (Newborn Screening, NBS) de Florida, puede decidir si desea que su bebé sea incluido en el Registro de células falciformes de Florida (SCR).

La Sección 383.147(2)(a) de los Estatutos de Florida requiere que el NBS presente los resultados de un recién nacido donde se demuestre que tiene la enfermedad de células falciformes o el rasgo correspondiente para su inclusión en el SCR. El propósito del registro es monitorear las tendencias en el diagnóstico, tratamiento y acceso a la atención de la salud para aquellos que viven en Florida y que han sido identificados con la enfermedad de células falciformes o el rasgo correspondiente.

Puede optar por no participar en el SCR de Florida si completa este formulario y lo envía por correo a la dirección que figura a continuación, o si visita floridanewbornscreening.com/parents/sickle-cell-registry/ para completar el formulario en línea. Si tiene preguntas, llame al 833-956-0324 o envíe un correo electrónico a SCRRegistryoptout@flhealth.gov.

Si su hijo fue incluido previamente en el SCR y, como padre/madre o tutor legal, usted desea excluirlo, envíe un correo electrónico al SCR a info@scredregistry.org o llame al 844-446-5744 para obtener más información.

Información del bebé	
Nombre: _____	Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo al nacer: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
Nombre de la madre: _____	Apellido: _____
Nombre de soltera de la madre: _____	
Dirección 1: _____	
Dirección 2: _____	
Ciudad/estado/código postal: _____	
Número de teléfono: () _____ - _____	
Padre/madre/tutor legal	
Nombre: _____	Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Dirección 1: _____	
Dirección 2: _____	
Ciudad/estado/código postal: _____	
Número de teléfono: () _____ - _____	
Correo electrónico (opcional): _____	

Al firmar esta solicitud de exclusión, confirmo que soy el padre/la madre/el tutor legal del bebé mencionado anteriormente y solicito que la información del bebé mencionado anteriormente no se incluya en el SCR de Florida.

Nombre (en letra de imprenta)

Nombre (firma)

Fecha

Envíe el formulario firmado a:

Programa de revisión de recién nacidos de Florida (Florida Newborn Screening Program)

Division of Children's Medical Services
Florida Department of Health
4052 Bald Cypress Way, Bin A-06
Tallahassee, FL 32399-1707
Attn: Registro de células falciformes