



BIOCHEMISTRY AND GENETICS BRANCH  
LABORATORY SERVICES  
PO BOX 149347  
AUSTIN, TX 78714-3194

**Reminder:** Beginning on **June 1, 2012**, healthcare providers must distribute a new Decision form to parents upon collection of each newborn screening specimen. The Decision form is Page 2 of the **2012** specimen collection kits. Providers may continue using the 2010 & 2011 kits but must follow the instructions below.

## **Instructions for use of 2010 & 2011 Newborn Screening Specimen Collection kits beginning June 1, 2012**

### Beginning June 1, 2012:

1. Continue to use the 2010 and 2011 specimen collection kits to collect Newborn Screening specimens through the kit expiration date (can be found on each kit).
2. On the 2010 and 2011 Newborn Screening kits, remove and discard Page 2, "Use and Storage of Newborn Screening Blood Spot Cards / Directive to Destroy Newborn Screening Blood Spot Card Following Testing".
3. Distribute Page 1 (Parent Copy) of the 2010 and 2011 specimen collection kits to parents, as usual.
4. Distribute to parents an 8½ X 11 version of "Parental Decision for Storage and Use of Newborn Screening Blood Spot Cards" form with each specimen collected.
5. Advise parents to read, select an option, and return the form to DSHS.
6. If requested by parent, return the completed form to DSHS along with any regular newborn screening specimen shipment.

[See accompanying page for 8 ½ x 11 version of decision form]

8 ½ x 11 version of decision form can also be found at:

<http://www.dshs.state.tx.us/lab/nbsBloodspots.shtm>

**Please contact the laboratory with any questions or to sign up for Email ListServ notices:**

**Telephone: 1-888-963-7111 X7333**

**Email: [NewbornScreeningLab@dshs.state.tx.us](mailto:NewbornScreeningLab@dshs.state.tx.us)**

## Parental Decision for Storage and Use of Newborn Screening Blood Spot Cards

**IMPORTANT NOTICE: This form is valid only for specimens collected on or after JUNE 1, 2012.**

### What happens to the blood spot card after testing?

- DSHS keeps the blood spot cards in a secure place for up to two years. By Texas law (Health & Safety Code Sec. 33.018(b)-(c)), the blood spots may be used during that time. Uses include:
  - DSHS and external quality assurance to make sure tests, equipment, and supplies are working right
  - Developing new tests; and/or
  - DSHS studies of diseases that affect public health.
- If you give your OK, your baby's blood spot cards will be stored for up to 25 years, and they may be used for public health research outside of DSHS.

**Please read below to decide what you would like DSHS to do with your baby's blood spot card when the Newborn Screening tests are finished.**

- **If you check the 'OK' box AND sign this form:**
  - All of your baby's blood spot cards will be kept safe and secure for up to 25 years.
  - The blood spot cards may be used for public health research. The research may take place outside of DSHS. This research would study public health problems like cancer, birth defects, or other diseases.
  - You can change your mind at any time. Call DSHS (see number below) for details.
- **If you check the 'NO' box OR do not sign OR do not fill out OR do not return this form:**
  - The Newborn Screening tests will still be done in accordance with Texas law.
  - Your baby's blood spot cards will be kept safe and secure. They will be destroyed within two years.
  - The blood spot cards will NOT be used for public health research outside DSHS.

**Can information about me or my child be released without my OK?** No matter your choice on this form, no information that identifies you or your child can be released outside DSHS without your additional written OK. There are a few exceptions, as provided by law.

**I've already sent this decision form. Do I need to send it again?** NO. One form applies to all of your baby's newborn screening blood spot cards.

**More information:** Call 1(888) 963-7111 ext. 7333 or visit the web site: [www.dshs.state.tx.us/lab/newbornscreening.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/lab/newbornscreening.shtm)

**PARENT:** Please [read this form](#). [Select an option](#). [Sign and return](#).

**1. FILL OUT** the form below.

Specimen Form Serial Number (if available): \_\_\_\_\_ Baby's Date of Birth: \_\_\_\_\_

Baby's First and Last Name: \_\_\_\_\_

Mother's First and Last Name: \_\_\_\_\_

Parent Phone Number: \_\_\_\_\_

**2. CHECK** one box only and SIGN below.

**'OK'** I give my **OK** for my baby's blood spot cards to be kept by DSHS after the Newborn Screen tests are complete. The de-identified blood spots may be used for public health research outside of DSHS.

**'NO'** I do **NOT** give my ok for my baby's blood spot cards to be used for any research outside of DSHS after the Newborn Screen tests are complete. I understand the blood spot cards will be destroyed by DSHS within 2 years.

\_\_\_\_\_  
(Parent Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)

**3. RETURN** this form to hospital or doctor's office staff. They will send it in with the blood spot cards. Or, you may **MAIL** it to:

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

## 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

**AVISO IMPORTANTE: este formulario es válido sólo para las muestras obtenidas en o después del 1 DE JUNIO, 2012.**

### ¿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.

### Lea abajo para 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' O no firma O no rellena O no devuelve este formulario:**
  - aun así las pruebas se harán de conformidad con 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** doy mi autorización para que se usen las tarjetas de mi bebé para ninguna investigación fuera del DSHS después de completadas las pruebas. Entiendo que el DSHS destruirá 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