

**REGISTRO DE DEFECTOS DE NACIMIENTO DE WISCONSIN - SOLICITUD PARA ELIMINAR IDENTIFICADORES**  
**WISCONSIN BIRTH DEFECTS REGISTRY – REQUEST TO REMOVE IDENTIFIERS**

La finalización de este formulario por parte de los padres o tutores está prevista en las disposiciones de DHS 116.01, a partir de septiembre de 2017. Para obtener más información sobre los defectos de nacimiento en Wisconsin, visite el sitio web en [www.dhs.wisconsin.gov/cyshcn/birthdefects](http://www.dhs.wisconsin.gov/cyshcn/birthdefects).

**A. INFORMACIÓN GENERAL**

Según las disposiciones de DHS 116.01, los médicos, las clínicas de especialidades y los hospitales comparten información identificativa e información sobre los defectos de nacimiento para niños desde el nacimiento hasta los 2 años de edad en el Registro de Defectos de Nacimiento de Wisconsin (Wisconsin Birth Defects Registry - WBDR). Las leyes de privacidad de datos protegen estrictamente la información en el WBDR.

Esta información se utiliza:

- para estimar la ocurrencia de defectos de nacimiento específicos en los niños de Wisconsin,
- para alertar al Department of Health Services (DHS) de cualquier aumento inusual de defectos de nacimiento en todo el estado,
- para permitir la investigación de cualquier grupo sospechoso de defectos de nacimiento en un área geográfica definida
- para fines de política y planificación para asegurar la referencia a los servicios apropiados para los niños y las familias, y
- para asegurar la referencia a los servicios apropiados para los niños y las familias, y
- para descubrir potencialmente cómo prevenir los defectos de nacimiento en el futuro.

Un padre o tutor puede elegir que se eliminen del registro los identificadores (nombres y direcciones del niño y los padres/tutores). La organización informante debe mantener estos formularios en el archivo y poder producirlos si así lo solicita el administrador estatal de WBDR.

Complete el siguiente formulario solo si desea eliminar la información de identificación personal del informe WBDR de su hijo. Complete el formulario y devuélvalo a:

Name and contact information of organization reporting birth defects / Nombre e información de contacto de la organización que informa defectos de nacimiento

**B. INFORMACIÓN DEL NIÑO/PADRES/TUTORES**

Elimine los identificadores (nombres y direcciones) para el niño indicados a continuación:

Nombre del niño:	
Fecha de nacimiento del niño:	
Nombre completo del padre/tutor:	
Parentesco con el niño:	
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código postal	

Al firmar a continuación, usted reconoce:

1. He leído la información proporcionada en este formulario.
2. Me han notificado las disposiciones de DHS 116.01 en relación con mi derecho a que se elimine la información de mi hijo y mi información de identificación personal del WBDR.
3. Me han informado que hay más información sobre los defectos de nacimiento, incluyendo los estatutos, disponible en el sitio web de DHS en [www.dhs.wisconsin.gov/cyshcn/birthdefects](http://www.dhs.wisconsin.gov/cyshcn/birthdefects).
4. Entiendo que al eliminar la información de identificación personal, DHS de Wisconsin no podrá compartir la información relacionada con la prevención, el tratamiento o la causa de un defecto de nacimiento en particular ni referirá a mi hijo a los servicios.

**FIRMA** – Padre/Tutor

Fecha de la firma