

## Birth defects information system opt-out form

Data privacy laws strictly protect the information in the Birth Defects Information System. The data are used to monitor the rates of birth defects in Minnesota. This helps discover if there are unusual patterns. Also, the data are useful for finding out how to prevent birth defects in the future.

Every measure is taken to keep this data secure and make it impossible to identify you or your child. However, you may choose to have the personal identifying information removed from the system.

Please fill out the form below if you **want to remove** the personal identifying information. If you **do not** want to remove the personal identifying information from the database, you may disregard this form.

If you have any questions, please call Barbara Frohnert at (651) 201-5953 or email [barbara.frohnert@state.mn.us](mailto:barbara.frohnert@state.mn.us).

1. **Check this box** to remove the personal identifying information as listed below.
2. **Print** the information below.

Name of infant: \_\_\_\_\_

Birth date: \_\_\_\_\_

Parent(s) full name: \_\_\_\_\_

Street address: \_\_\_\_\_

City/state/ZIP: \_\_\_\_\_

3. **Sign** this form below.

By signing below, you acknowledge:

- I have received and read the Minnesota Department of Health's fact sheet concerning birth defects.
- I have been notified of Minnesota Statute 144.2215 concerning my right to have my child's and my personal identifying information removed from the birth defects database.
- I have been informed that more information on birth defects, including the statute, is available on the [Minnesota Department of Health website \(www.health.state.mn.us/birthdefects\)](http://www.health.state.mn.us/birthdefects).
- I understand that by removing personal identifying information, the Minnesota Department of Health will not be able to inform me of information related to the prevention, treatment, or cause of a particular birth defect.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Relationship to infant: \_\_\_\_\_

4. **Mail** this form to:

Attn: CFH / BDMA  
Minnesota Department of Health  
PO Box 64975  
St. Paul, MN 55164-0975

*To obtain this information in a different format, call: 651-201-3650.*

## Formulario para salir del Sistema de Información de Defectos de Nacimiento

Las leyes de protección de datos protegen estrictamente la información en el Sistema de Información de Defectos de Nacimiento. Los datos se utilizan para monitorear las tasas de defectos de nacimiento en Minnesota. Esto ayuda a descubrir si hay patrones inusuales. Además, los datos son útiles para descubrir cómo prevenir los defectos de nacimiento en el futuro.

Se toman todas las medidas para mantener la seguridad de estos datos y se hace que sea imposible identificarles a usted o a su hijo. Sin embargo, puede decidir quitar del sistema toda la información personal que le identifique.

Llene el siguiente formulario **si desea quitar** los datos de identificación personal de la base de datos. Si **no desea eliminarlos**, ignore este formulario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Barbara Frohnert al (651) 201-5953 o envíe un correo electrónico a [barbara.frohnert@state.mn.us](mailto:barbara.frohnert@state.mn.us).

1. **Marque esta casilla** para quitar la información de identificación personal que se muestra abajo.
2. Escriba en **letra de molde** la información aquí abajo:

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

3. **Firme** este formulario aquí abajo.

Al firmar aquí abajo, usted reconoce lo siguiente:

- Recibió y leyó la hoja informativa del Departamento de Salud de Minnesota acerca de los defectos de nacimiento.
- Se le ha notificado del Estatuto 144.2215 de Minnesota acerca de su derecho a quitar su información de identificación personal y la de su hijo(a) de la base de datos de defectos de nacimiento.
- Se le informó que hay más información sobre los defectos de nacimiento, incluso el estatuto, disponible en el sitio web del [Departamento de Salud de Minnesota \(www.health.state.mn.us/birthdefects\)](http://www.health.state.mn.us/birthdefects).
- Comprende que al quitar la información de identificación personal, el Departamento de Salud de Minnesota no podrá brindarle información sobre la prevención, el tratamiento o las causas de un defecto de nacimiento en particular.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el/la niño/a: \_\_\_\_\_

4. **Envíe** este formulario por correo:

Attn: CFH / BDMA

Minnesota Department of Health

PO Box 64975

St. Paul, MN 55164-0975

*Si necesita este documento en otro formato, llame al (651) 201-3650.*