



Programa de Prevención del Envenenamiento
por Plomo
3901 Meadows Dr.
Indianapolis, IN 46205
317-221-2155
marionhealth.org

CONSENTIMIENTO PARA EXAMINAR PLOMO SANGUÍNEO Y AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR FORMULARIO DE INFORMACIÓN

Información del Paciente

Letra de Imprenta

Nombre del Paciente _____
Primero Segundo Apellidos

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Prueba de Detección de Plomo en la Sangre

Entiendo que es necesario realizar un análisis de sangre porque el envenenamiento por plomo puede ocurrir sin síntomas. La detección requiere una muestra obtenida por punción capilar extrayendo sangre del dedo o intravenosa que se extrae sangre del brazo.

Si la punción capilar indica que el nivel sanguíneo de un niño es elevado, un representante del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo del Condado de Marion se pondrá en contacto conmigo para programar una prueba confirmatoria intravenosa.

Compartiendo Información

Entiendo que los resultados de mi prueba o la de mi hijo son información médica confidencial. Según la ley de Indiana, los resultados de una prueba de plomo en la sangre se compartirán con otras agencias públicas de manera confidencial. Las agencias se encargarán de proteger la privacidad. Compartir esta información ayudará, si se identifica el envenenamiento por plomo.

Entiendo que, el Código de Indiana 16-41 -39.4-3 requiere que el laboratorio que analiza la sangre informe el resultado de la prueba y toda la información demográfica al Departamento de Salud del Estado de Indiana (Siglas en inglés: ISDH)

Entiendo que los niños envenenados con plomo necesitan atención médica inmediata. Con el fin de proporcionar esta ayuda, ISDH compartirá esta información con otras agencias públicas que trabajan para prevenir y tratar el envenenamiento por plomo. tales como la Administración de Servicios Sociales y Familia (Siglas en inglés: FSSA), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Siglas en inglés: DHHS), el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Siglas en inglés: HUD) y otras agencias de vivienda a nivel local, estatal y federal.

Firma de Verificación

Al firmar a continuación estoy de acuerdo en que he leído, entiendo y autorizo compartir información con respecto al examen de detección de plomo en la sangre y los resultados de mi prueba o la de mi hijo.

Nombre del Paciente o Padre/Tutor Legal: _____
(Letra de Imprenta)

Firma del Paciente o Padre/Tutor Legal _____ Fecha: ____/____/____
Mes Día Año

Para Uso Exclusivo del Personal Autorizado

Investigador: _____ Fecha de la Prueba: ____/____/____
Mes Día Año