

**PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE**

**INFORME DE EXAMEN DE PLOMO EN LA SANGRE**

El programa de Vigilancia y Epidemiología del Plomo en la Sangre de Adultos del Estado de Washington se mantiene para prevenir la exposición al plomo y sus efectos sobre la salud entre los adultos.

**\*\*\* Toda la información en el registro es estrictamente confidencial \*\*\***

**Al paciente:** Por favor complete este formulario y devuélvalo a su doctor. Si usted tiene dificultad para leer o escribir, pídale ayuda a alguien. La información que usted proporcione nos ayudará a prevenir el envenenamiento por plomo en lugares de trabajo del estado de Washington. **No entregaremos esta información a nadie sin su permiso.**

<b>SU NOMBRE</b>			<b>TELÉFONO DE LA CASA</b>	
Primero	Inicial del 2do. nombre	Apellido	( )	-
<b>DOMICILIO</b>				
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
<b>FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)</b>	<b>GÉNERO</b>	<b>¿Le gustaría que enviáramos información a su empleador sobre cómo disminuir la exposición al plomo en el lugar de trabajo? (No daremos su nombre a su empleador)</b>		
/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?</b>		<b>¿EN QUÉ TIPO DE NEGOCIO O INDUSTRIA TRABAJA?</b>	<b>POR FAVOR MARQUE LA ACTIVIDAD/PASATIEMPO EN QUE HA PARTICIPADO LOS ÚLTIMOS SEIS MESES</b>	
<input type="checkbox"/> Reparador de radiadores <input type="checkbox"/> Trabajador de limpieza con chorro de arena <input type="checkbox"/> Soldador <input type="checkbox"/> Pintor <input type="checkbox"/> Vidrio <input type="checkbox"/> Vidriero <input type="checkbox"/> Pulidor		<input type="checkbox"/> Reparación de autos y servicios <input type="checkbox"/> Construcción general/pesada <input type="checkbox"/> Fabricación de baterías <input type="checkbox"/> Fabricación de productos de vidrio <input type="checkbox"/> Fabricación de químicos <input type="checkbox"/> Otro (indique abajo)	<input type="checkbox"/> Campo de tiro/fabricación de balas <input type="checkbox"/> Fabricación de pesas para pesca <input type="checkbox"/> Remodelación de casas <input type="checkbox"/> Cerámica <input type="checkbox"/> Vitrales	
<b>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA / TELÉFONO</b>			<b>UBICACIÓN DE LA COMPAÑÍA (Ciudad)</b>	
Nombre			Teléfono ( ) -	
<b>POR FAVOR DESCRIBA LAS TAREAS PRINCIPALES QUE HACE EN SU TRABAJO</b>				
1. ¿Es usted un supervisor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. ¿Le pidió su empleador que se hiciera este examen de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 3. ¿Hay niños menores de 6 años viviendo en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4. ¿Está alguien en su casa embarazada o lactando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es usted de origen hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	

Gracias por su ayuda. Si tiene preguntas o comentarios o si desea recibir más información sobre la exposición ocupacional al plomo, por favor llame a nuestro número de teléfono gratuito al (888) 667-4277.

Envíe este formulario por fax a: **360-902-5672**

o enviar por correo a:

**Adult Blood Lead Epidemiology and Surveillance (ABLES)**

**P O Box 44330**

**Olympia WA 98504-4330**

**PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD**

**\*\*\* Toda la información en el registro es estrictamente confidencial \*\*\***

**Al proveedor de la salud:** Por favor complete la parte siguiente y pídale a su paciente que complete la parte de arriba. Enviar este formulario prontamente contribuirá con nuestros esfuerzos para prevenir la sobreexposición ocupacional. También evitará llamadas telefónicas de seguimiento en un futuro, evitando interrupciones para usted y su personal.

<b>FECHA (MES/DÍA/AÑO)</b>	<b>NOMBRE DEL MÉDICO</b>	<b>TELÉFONO</b>
/ /	Primero Apellido	( ) -
<b>CLÍNICA/OFCINA DEL DOCTOR</b>		
<b>DIRECCIÓN</b>		
Calle	Ciudad	Estado Código postal