

PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE

INFORME DE EXAMEN DE PLOMO EN LA SANGRE

El estado de Washington mantiene un **Registro de plomo en la sangre ocupacional** con el fin de crear conciencia acerca de la exposición al plomo y sus efectos en la salud de empleados y empleadores.

*** **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.**

SU NOMBRE			TELÉFONO DE LA CASA		
Primero	Inicial del 2do. nombre	Apellido	()	-	
DOMICILIO					
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)		GÉNERO			
/ /		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
¿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)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?		¿EN QUÉ TIPO DE NEGOCIO O INDUSTRIA TRABAJA?		POR FAVOR MARQUE LA ACTIVIDAD/PASATIEMPO EN QUE HA PARTICIPADO LOS ÚLTIMOS SEIS MESES	
<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"/> Baterías <input type="checkbox"/> Fabricante <input type="checkbox"/> Verificador <input type="checkbox"/> Otro (indique abajo)		<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
POR FAVOR DESCRIBA LAS TAREAS PRINCIPALES QUE HACE EN SU TRABAJO					
1. ¿Es usted un supervisor?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es usted de origen hispano? <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		¿Cuál es su raza?	
3. ¿Hay niños menores de 6 años viviendo en su casa?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<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	
4. ¿Está alguien en su casa embarazada o lactando?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA / TELÉFONO			UBICACIÓN DE LA COMPAÑÍA (Ciudad)		
Nombre			Teléfono () -		

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**. Por favor envíe este formulario a:

Safety and Health Assessment and Research for Prevention (SHARP)
P O Box 44330
Olympia WA 98504-4330
O por fax a: 360-902-5672

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD

El estado de Washington mantiene un **Registro de plomo en la sangre ocupacional** con el fin de crear conciencia acerca de la exposición al plomo y sus efectos en la salud de empleados y empleadores.

*** **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.

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