|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public Health F-00017S (01/2020) | **STATE OF WISCONSIN**Bureau of Environmental & Occupational HealthChapter DHS 181608-266-5817 |
| **INFORMES DE LABORATORIO DE PLOMO EN LA SANGRE** **BLOOD LEAD LAB REPORTING** |
| Este formulario está autorizado en virtud de las secciones 250.04(3) y 254.13, Wis. Stats. y el Chapter DHS 181, Wis. Admin. Code. Los proveedores de atención médica y los laboratorios deben informar todos los resultados de los análisis de plomo en la sangre y toda la demás información que figura en este formulario si obtienen o analizan sangre para determinar la presencia de plomo en la sangre. El no reportar toda esta información dentro de los límites de tiempo requeridos está sujeto a confiscación de hasta $5,000 por día de violación. El Department of Health Services mantendrá la confidencialidad de información personal identificable sobre el paciente y utilizará estos datos únicamente para los fines legalmente autorizados.  |
| Apellido del paciente | Nombre | Inicial  |
|       |       |       |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Sexo | Origen étnico (marque la casilla apropiada) |
|       | [ ]  Masculino [ ]  Femenino | [ ]  Hispano o latino [ ]  No es hispano ni latino [ ]  Desconocido |
| Raza (marque todo lo que corresponda) |
| [ ]  Indio americano o nativo de Alaska | [ ] Asiático | [ ]  Negro o afroamericano | [ ]  Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico  |
| [ ]  Blanco | [ ]  Desconocido [ ]  Otro, especifique:        |
| Dirección del paciente | Número de apartamento |
|       |       |
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Padre o tuutor (apellido, nombre, inicial) (Si el paciente es menor de 18 años.) |
|       |
| Número de teléfono del paciente o de su padre/madre/tutor (si el paciente es menor de 18 años) |
| Casa:    -   -     | Trabajo:    -   -     |
| Nombre del empleador del paciente (si el paciente tiene 16 años o más) | Ocupación |
|       |       |
| Dirección de la empresa (calle, ciudad, estado, código postal) |
|       |
| Nombre del proveedor de atención médica | Número de teléfono |
|       |    -   -     |
| Dirección del proveedor (calle, ciudad, estado, código postal) |
|       |
| Nombre del médico (si es diferente al proveedor de atención médica) | Número de teléfono |
|       |    -   -     |
| Dirección del médico (calle, ciudad, estado, código postal) |
|       |
| Fecha de recolección de sangre (mm/dd/aaaa) | Tipo de recolección de sangre (marque uno) |
|       | [ ]  Venoso | [ ]  Capilar |
| **ADDITIONAL INFORMATION TO BE PROVIDED BY THE LABORATORY** |
| Laboratory Name | Clinical Laboratory Improvement Amendment Number |
|       |       |
| Address (Street, City, State, Zip Code) | Telephone Number |
|       |    -   -     |
| Date of Analysis (mm/dd/yyyy) | **Blood Lead Test Result:** **micrograms lead per deciliter** **of blood** |
|       |
|  |
| **Timetable for Reporting** |  | **Submit to:** |
| Blood Lead Result (micrograms/deciliter) | Report Within |  | Wisconsin Department Of Health Services |
|  | Division of Public Health |
| 45 or more | 24 hours |  | 1 W Wilson Street, Room 145 |
| 5 – 44 | 48 hours |  | Madison, WI 53703-2659 |
| 0 – less than 5 | 10 days |  | **Fax No.: 608-267-0402** |
| Para más información sobre los informes de los análisis de plomo en la sangre para adultos, visite <https://www.dhs.wisconsin.gov/adult-lead/labs-researchers.htm>, y para los informes sobre los análisis de plomo en la sangre de los niños, visite <https://www.dhs.wisconsin.gov/lead/test-your-child.htm> Para obtener información sobre informes electrónicos u otras preguntas, envíe un correo electrónico a dhsleadpoisoningprevention@wi.gov. |