|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00017S (01/2020) | | | | | | | | | **STATE OF WISCONSIN**  Bureau of Environmental & Occupational Health  Chapter DHS 181  608-266-5817 | | | | | | | | |
| **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.](mailto:dhsleadpoisoningprevention@dhs.wisconsin.gov) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |