



La siguiente información debe ser proporcionada para todas las pruebas de «plomo» y «metales pesados» a fin de cumplir con los requisitos estatales y las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

The following information must be provided for all “Lead” and “Heavy Metals” testing to fulfill state requirements and Centers for Disease Control and Prevention recommendations.

Place barcoded patient label here

Información del paciente (obligatoria)

Patient Information (required)

Nombre del paciente (apellidos, nombre, segundo nombre) Patient Name (Last, First Middle)			Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Sexo asignado al nacer Sex Assigned at Birth		Sexo legal o administrativo Legal/Administrative Sex		
<input type="checkbox"/> Hombre Male <input type="checkbox"/> Mujer Female <input type="checkbox"/> Desconocido Unknown <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo Choose not to disclose		<input type="checkbox"/> Hombre Male <input type="checkbox"/> Mujer Female <input type="checkbox"/> No binario Nonbinary		
Dirección Street Address				
Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code	Condado County	
Si el paciente es un menor, nombre del padre, la madre o el tutor legal (apellidos, nombre) If Patient is a Child, Parent/Guardian Name (Last, First)			Teléfono Phone	
Si el paciente es un adulto, nombre del empleador If Patient is an Adult, Employer Name		Ocupación Occupation	Teléfono del empleador Employer Phone	
Dirección del empleador Employer Street Address		Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code

Información del profesional de atención médica

Healthcare Professional Information

Nombre (apellidos, nombre) Name (Last, First)			Teléfono Phone	
Dirección Street Address	Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code	

Pruebas de plomo y metales pesados (continuación)

Lead and Heavy Metals Reporting (Spanish) (continued)

Etnia y raza Deben **seleccionarse** ambas.

Ethnicity and Race Both **must** be selected.

Etnia* Ethnicity*	Raza** Race**
<input type="checkbox"/> Hispana Hispanic	<input type="checkbox"/> Blanca White
<input type="checkbox"/> No hispana Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Afroamericana African American
	<input type="checkbox"/> Asiática/Isleña del Pacífico Asian/Pacific Islander
	<input type="checkbox"/> Nativa americana Native American
	<input type="checkbox"/> Otra _____ Other

* La etnia se basa en la ascendencia y, a efectos de este formulario, será hispana o no hispana.

Ethnicity is based on ancestry and is either Hispanic or non-Hispanic for the purposes of this form.

** Una persona de etnia hispana también puede ser de piel blanca.

An individual whose ethnicity is Hispanic can also be white.

Tipo de muestra

Specimen Type

<input type="checkbox"/> Venosa Venous	<input type="checkbox"/> Capilar Capillary
---	---