

**CERTIFICADO DE PRUEBA DE PLOMO EN SANGRE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND**

**Instrucciones:** Use este formulario al momento de inscribir a un niño en la guardería, prekínder, kínder o primer grado. **El RECUADRO A** lo tiene que completar uno de los padres o tutor. **El RECUADRO B**, también a completar por uno de los padres o tutor, es para un niño nacido antes del 1 de enero de 2015 que no necesita una prueba de plomo (los niños deben cumplir con todas las condiciones del Recuadro B). **El RECUADRO C** debe ser completado por el proveedor de salud para todos los niños nacidos a partir del 1 enero de 2015, y para cualquier niño nacido antes del 1 de enero de 2015 que no cumpla con todas las condiciones del Recuadro B. **El RECUADRO D** es para los niños a los que no se les ha hecho la prueba debido a obediencia religiosa (debe ser completado por el proveedor de atención médica).

**RECUADRO A-El padre/tutor lo completa para inscribir a un niño en la guardería, prekínder, kínder o primer grado**

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS NOMBRE 2.º NOMBRE  
 DIRECCIÓN DEL NIÑO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (con número de apartamento) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL  
 SEXO:  Masculino  Femenino FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS 1.er NOMBRE 2.º NOMBRE

**RECUADRO B – Para un niño que no necesita una prueba de plomo (Completar y firmar si el niño NO está inscrito en Medicaid Y la respuesta a CADA pregunta a continuación es NO):**

¿Nació este niño el 1 de enero de 2015 o después?  SÍ  NO  
 ¿Ha vivido este niño alguna vez en una de las áreas listadas al dorso de este formulario?  SÍ  NO  
 ¿Corre este niño riesgos conocidos de la exposición al plomo (ver las preguntas en el reverso del formulario, y hable con el proveedor de atención médica de su hijo si no está seguro)?  SÍ  NO

**Si todas las respuestas son NO, firme abajo y devuelva este formulario al proveedor de cuidado infantil o escuela.**

Nombre del padre o tutor (Escribir en letras de molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SÍ, O si el niño está inscrito en Medicaid, no firme el Recuadro B. En vez de ello, haga que el proveedor de atención médica completa el Recuadro C o el Recuadro D.**

**RECUADRO C – Documentación y Certificación de los Resultados de Pruebas de Plomo por el Proveedor de atención médica**

Fecha de la prueba	Tipo (V=venoso, C=capilar)	Resultado (mcg/dL)	Comentarios

Comentarios:  
 Persona que completa el formulario:  Proveedor de atención médica/Designado O  Profesional de Salud/Designado de la Escuela  
 Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

**RECUADRO D – Creencias Religiosas de Buena Fe**

Soy el padre/tutor del niño identificado en el Recuadro A, arriba. Debido a mis creencias religiosas y prácticas de buena fe, me opongo a cualquier prueba de plomo en la sangre de mi hijo.

Nombre del padre o tutor (Escribir en letras de molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Esta parte del RECUADRO D debe ser completada por el proveedor de atención médica del niño:** Cuestionario de evaluación de riesgos de envenenamiento por plomo completado:  SÍ  NO

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

## CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

Las pruebas documentadas deben ser las pruebas de plomo en sangre a los 12 meses y 24 meses de edad. Se requieren dos fechas de pruebas y resultados si la primera prueba se hizo antes de los 24 meses de edad. Si la primera prueba se realiza después de 24 meses de edad, se requiere una fecha de prueba con el resultado. El proveedor de atención médica del niño puede registrar las fechas de las pruebas y los resultados directamente en este formulario y certificarlos mediante firma o sello en la sección de la firma. Un profesional de salud escolar o la persona designada puede transcribir la información a este formulario y certificar las fechas de las pruebas de cualquier otro informe que tenga la autenticación de un proveedor médico, departamento de salud o escuela. Todos los formularios se conservan en los archivos con el historial médico escolar del niño.

### Zonas de Riesgo por Código Postal del Plan de Focalización 2004 (para niños nacidos ANTES del 1 de enero de 2015)

<u>Allegany</u>	<u>Condado de Baltimore (Continuación)</u>	<u>Carroll</u>	<u>Frederick (Continuación)</u>	<u>Kent</u>	<u>Prince George (Continuación)</u>	<u>Queen Anne (Continuación)</u>
TODOS	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	TODOS	20783	20770	TODOS
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Mary</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Condado de Baltimore</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	TODOS	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Ciudad de Baltimore</u>	21703	21111	20910	20799	21654
21133	TODOS	21704	21160	20912	20912	21657
21155		21716	21161	20913	20913	21665
21161	<u>Calvert</u>	21718				21671
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George</u>	<u>Queen Anne</u>	21673
21206	20714	21727	20763	20703	21607	21676
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Washington</u>
21209	TODOS	21762		20722	21623	TODOS
21210		21769		20731	21628	
						<u>Wicomico</u>
						TODOS
						<u>Worcester</u>
						TODOS

### **Preguntas de Verificación del Cuestionario de Evaluación del Riesgo de Plomo:**

1. ¿Vive en, o visita con regularidad una casa/edificio construido antes de 1978 con pintura descascarada o con renovación o remodelación reciente/en curso?
2. ¿Ha vivido alguna vez fuera de los Estados Unidos o acaba de llegar de un país extranjero?
3. ¿Tiene un hermano, compañero de hogar/compañero de juegos que esté bajo observación o reciba tratamiento por envenenamiento con plomo?
4. Si nació antes del 1/1/2015, ¿vive en un código postal "de riesgo" de 2004?
5. ¿Se mete con frecuencia cosas en la boca, tales como juguetes, joyas, llaves o come artículos no alimentarios (pica)?
6. ¿Tiene contacto con un adulto cuyo trabajo o pasatiempo implique la exposición al plomo?
7. ¿Vive cerca de una fundición de plomo activa, planta de reciclaje de baterías, otras industrias relacionadas con el plomo o carretera donde el suelo y el polvo puedan estar contaminados con plomo?
8. Usa productos de otros países, tales como remedios para la salud, especias, o alimentos, o conserva o sirve alimentos en vidrio emplomado, cerámica o peltre.