

**EL PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE ENVENENAMIENTO POR PLOMO DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD DE JASPER COUNTY**

EN COOPERACIÓN CON
EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y DE SERVICIOS PARA LOS MAYORES DE MISSOURI

EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE JASPER COUNTY
105 Lincoln, Carthage, MO 64836 (417) 358-0480

EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CIUDAD DE JOPLIN
513 S. Kentucky, Joplin, MO 64801 (417) 623-6122

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Fecha: ____/____/____

Por la presente yo autorizo al Departamento de Salud de Jasper County o al Departamento de Salud del Ciudad de Joplin a someter a mi niño/a a una prueba del plomo y al Departamento correspondiente a recibir los resultados.

Nombre completo de niño/a: _____ **Sexo:** M o F

Dirrección: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

N° de Teléfono: _____ **Condado:** Jasper Otro: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **N° de Medicaid** (si se aplique): _____

Raza: Blanco, Negro, Asiático/Pacífico, Indio Nativo, Otra Mezcla, Desconocido

Etnicidad: Hispano, No-Hispano, Otro, Desconocido

Nombre del Medico: _____

Guardería de niños o preescolar (si se aplique): _____ **WIC:** sí no

Nombre de padre o guardián: (por favor use mayúsculas): _____

Firma: _____

UN PATRONO DE ACCIÓN AFIRMATIVA Y QUE OFRECE IGUALDAD DE OPURTUNIDADES DE EMPLEO
Los servicios se proporcionan sobre la base de no discriminación