



Eric J. Holcomb
Governor

Lindsay M. Weaver, MD, FACEP
State Health Commissioner

Formulario de rechazo a la evaluación de riesgos o de visita domiciliaria

Nombre del niño: _____ Fecha: ___/___/___ Condado: _____

Dirección principal del niño: _____

Por el Código Administrativo de Indiana (IAC, por sus siglas en inglés), Sección 410 Artículo 29, cualquier nivel de plomo en la sangre confirmado de 5.0 µg/dL o mayor es considerado elevado, y requiere que la familia y el niño afectado reciban servicios de gestión de casos.

Estos servicios se les ofrecen a las familias de manera gratuita y para poder ayudar a evitar que el niño tenga consecuencias permanentes y de largo plazo por la exposición al plomo. El objetivo de este documento es registrar el rechazo de cualquier padre o tutor a permitir una investigación ambiental de evaluación de riesgos, una visita domiciliaria educativa o la supervisión recomendada del nivel de plomo de un niño mediante pruebas de sangre y el seguimiento de las pruebas de laboratorio.

Al firmar y entregar este formulario al coordinador de casos designado de su región, el departamento de salud local estará verificando el rechazo de los siguientes servicios (Marque los que correspondan):

- Pruebas de sangre y de laboratorio. Visita domiciliaria educativa de gestión de casos.
- Investigación para la evaluación del riesgo medioambiental.

Antes de rechazar la investigación, se les deben dar a saber a todos los padres y tutores la importancia de estos servicios y de los peligros asociados a los niveles elevados de plomo en la sangre de los niños. Si un padre o tutor decide aceptar alguno de estos servicios ahora o más adelante, el departamento de salud local debe hacer todo lo posible para proporcionar estos servicios a la familia.

Nota: cada esfuerzo debe hacerse para asegurar que los niños reciban estos servicios. Si un padre o tutor no puede o no está dispuesto a firmar la parte inferior de este formulario, por favor identifique las medidas que el departamento de salud local ha de tomar para garantizar la participación del padre o del tutor en los servicios designados. Incluya la documentación detallada, como la fecha y el tipo de intento, es decir, si fue por visita domiciliaria, o por una llamada telefónica, etc.

Nombre impreso del Padre o tutor.

Firma del padre o tutor legal.

___/___/___
Fecha

Realizado por: (nombre del personal del Departamento de Salud local).

___/___/___
Fecha

To **promote, protect, and improve** the health and safety of all Hoosiers.