

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE GENESEE**  
Programa de prevención del envenenamiento por plomo en la niñez

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Burton                       McCree South

Nombre del paciente	Sexo M      F	Fecha de nacimiento del paciente	
Dirección	Casilla postal / No. de lote	No. de receptor del seguro	
Ciudad	Estado MI	Código postal	Teléfono HOGAR CELULAR

- Asiático                       Filipino                       Blanco                       Negro                       Hawaiano                       Oriente Medio / Árabe  
 Indio americano/  
esquimal                       Chino                       Japonés                       Otro no blanco                       Desconocido                       Hispánico

Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Genesee a extraer sangre para la prueba de detección de plomo en la sangre de mi niño. A mi leal saber y entender, mi niño no es alérgico a ningún medicamento, aparte de:

Alergias: \_\_\_\_\_

Se me ha informado y entiendo completamente que en caso de ocurrir un accidente o lesión que exponga a un profesional de la salud o a un empleado o agente del Departamento de Salud a la sangre de mi niño o a otro fluido corporal, que según la Sección 5133(12) del Código de Salud Pública de Michigan (MCLA 333.5133(12)), la sangre de mi niño puede ser probada para la detección de VIH (virus de inmunodeficiencia humano) sin mi consentimiento escrito. En caso que la prueba resulte positiva para VIH, se comunicarán conmigo y me informarán del resultado positivo de la prueba; además, a mi niño y a mí se nos proporcionarán asesoría apropiada con relación a la infección de VIH y del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Entiendo que los resultados de la prueba de mi niño serán tratados en forma confidencial; de acuerdo con los requisitos del Código de Salud Pública de Michigan y que los resultados se compartirán con mi plan de seguro de salud y médico de cabecera.

También autorizo el pago de los beneficios de mi seguro al Departamento de Salud del Condado de Genesee. Autorizo la divulgación de la información médica pertinente a la compañía de seguros. Entiendo que se me puede pedir el pago de una parte de estas tarifas de acuerdo con mis ingresos.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**SEGURO**

ATENCIÓN ADMINISTRADA POR MEDICAID

- McLaren Health Plan  
 Blue Cross Complete of MI  
 Total Health Care  
 Meridian Health Plan of MI  
 Molina Healthcare of Michigan  
 United Healthcare of MI  
 HAP Midwest Health Plan  
 Directamente con Medicaid  
 Otro \_\_\_\_\_

SEGURO TRADICIONAL:

- Blue Cross/Blue Shield  
 HealthPlus  
 Otro \_\_\_\_\_  
 Sin seguro

**CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO Z77.011**

- Recolección de sangre capilar - 36416 (\$25)  
 Recolección de sangre venosa - 36415 (\$25)  
 Análisis de sangre – 83655 (\$15)

**ALTO NIVEL DE PLOMO EN LA SANGRE**  
**VISITA AL HOGAR**

- Código de procedimiento EH T 1029 TS  
 Código de procedimiento de visita educativa en el hogar PHN T 1028 EP

**INFORMACIÓN DE LA MUESTRA**

FECHA DE RECOLECCIÓN (DD-MM-AA)

HORA DE RECOLECCIÓN (MILITAR)

TIPO DE MUESTRA:     CAPILAR     PAPEL DE FILTRO     VENOSA

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Teléfono del médico \_\_\_\_\_

RESULTADOS DEL PLOMO \_\_\_\_\_

**Departamento de Salud del Condado de Genesee**  
**Autorización para el uso y divulgación de información de salud individualmente identificable**

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cualquier nombre anterior: \_\_\_\_\_

***Por el presente documento autorizo en forma consciente y voluntaria la divulgación de la información contenida en mis registros de cliente a las personas u organizaciones que se indican a continuación, de acuerdo con las siguientes condiciones.***

**Persona/organización que DIVULGA información (sea específico):**

**Persona/organización que RECIBE la información (sea específico):**

Departamento de Salud del Condado de Genesee

Padre/madre o tutor legal;

G-3373 S. Saginaw S. Burton MI 48529

Proveedor de atención médica primaria (por favor, enumerar)

Programa de prevención del envenenamiento por plomo en la niñez

Teléfono: (810) 257-3833 Fax: (810) 237- 4612

**Información a divulgarse (incluye el tipo de información y la fecha o fechas del servicio):**

Resultados de la prueba de presencia del plomo, incluye todas y cada una de las fechas de servicio

**Propósito y necesidad de la divulgación ("a solicitud de la persona" es suficiente)**

A solicitud de la persona

**Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma a menos que sea revocada, o que se especifique una fecha, condición o evento alternativo:**

Un año a partir de la fecha de la firma

**Departamento de Salud del Condado de Genesee**

**Autorización para el uso y la divulgación de información de salud individualmente identificable**

Entiendo que:

- Puedo rechazar la firma de esta autorización. Sin embargo, si no firmo esta autorización, mi solicitud para divulgar información no se cumplirá,
- Puedo revisar o copiar la información ("Información de salud protegida, PHI") a usarse o divulgarse,
- Si el Departamento de Salud está solicitando la autorización para su propio uso, esto no condicionará los servicios, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios a la firma de esta autorización,
- Puedo obtener una copia de mi información de salud protegida, excepto para:
  - Notas de psicoterapia;
  - Información reunida con anticipación razonable o para usarse en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e
  - Información de Salud Protegida conservada por el Departamento de Salud, la cual (1) está sujeta a las Modificaciones de las Mejoras del Laboratorio Clínico (Clinical Laboratory Improvements Amendments, CLIA) en la medida en que dar acceso a la persona estuviera prohibido por la Ley; o (2) está exenta de CLIA de acuerdo a 42 CFR 493.3(a)(2);
- La información utilizada o divulgada según esta autorización puede volver a divulgarse por parte del receptor y dejar de estar protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales;
- Tengo derecho a revocar esta autorización mediante la presentación de una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad, a menos que exista cualquiera de las siguientes condiciones:
  - El Departamento de Salud haya tomado una acción para asegurarse de esto.
  - Esta autorización se haya obtenido como una condición para obtener el seguro, y una ley le proporciona a la compañía aseguradora el derecho a rechazar un reclamo según la póliza.

---

Firma de la persona \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Breve descripción de la autoridad de la persona para firmar esta autorización, si la autorización ha sido firmada por una persona diferente al cliente (tal como un padre/madre, representante personal o tutor):

---

.....  
**Para uso administrativo**

Solicitud revisada por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*(Iniciales del supervisor o miembro del personal)*

Copia de la autorización proporcionada al cliente Fecha \_\_\_\_\_

Autorización incluida en la tabla Fecha \_\_\_\_\_