

LEAD TESTING

Patient Name _____

Phone Number _____

The following information must be provided for any patient on IPA having a Lead Test:

1. Patient Race (circle one)
 - White
 - African American/Black
 - American Indian or Alaska Native
 - Asian
 - Native Hawaiian or Other Pacific Islander

2. Ethnicity (circle one)
 - Hispanic or Latino
 - Not Hispanic or Latino

3. Parent/Guardian Name _____
First Last

4. Test Type Finger Stick (Capillary) Venous

5. Pregnant? Yes No

The phlebotomist should give the form to Specimen Processing so it is sent to the State of Illinois for testing.

Prueba para el Plomo

NOMBRE DE PACIENTE _____

NUMERO DE TELEFONO _____

La siguiente información debe ser dada para el paciente en IPA que obtiene una prueba para el plomo:

1. Raza de paciente (rodee uno)

Caucásico
Norteamericano Africano
Norteamericano Nativos
Asiático
Otro

2. Etnia de paciente (rodee uno)

Hispano
No-hispano

3. Nombre de padre _____

Primer	Última
--------	--------

4. Tipo de prueba

Capilar	Venosa
---------	--------

5. Embarazada?

Sí	No
----	----

El phlebotomist debe dar la forma a Procesamiento de Espécimen tan es enviado al Estado de Illinois con la espécimen para probar.