



Recién Nacidos
Menores de 1 año de edad

ESTE DOCUMENTO DEBE ENVIARSE CON LA MUESTRA DE SANGRE
POR FAVOR ESCRIBIR EL NUMERO TDH #

Meharry Sickle Cell Center

Attn: Lab Supervisor

1005 Dr. D.B. Todd Jr Blvd., A-10

Nashville, TN 37208

Tel: (615)327-6763 Fax: (615)327-6008

Correo Electrónico: sickle_cell@mmc.edu

EXAMENES DE LABORATORIO PARA DETECTAR HEMOGLOBINOPATIAS

PACIENTES PEDIATRICOS

INFORMACION DEL NIÑO/NIÑA (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)

APELLIDO PATERNO:		NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:		SEXO: (M) (F)	
DIRECCION-CALLE:			CIUDAD:		ESTADO:	CODIGO POSTAL:	CONDADO:
REGION:		NUMERO DE SEGURO SOCIAL SS#: xxx-xxx-____		TELEFONO: (____) ____-____		FECHA DE COLECCION:	FECHA DE NACIMIENTO:
Menos de o TRANSFUSION SANGUINEA? NO o SI (FECHA _____)				PESO AL NACER: _____libras _____oz		PREMATURO: SI o NO	
RAZA: NEGRA/Afro-Americana Indio Americana / Nativa de Alaska Asiatica Blanca Nativa Hawaiana/ Islas del Pacifico Otra: _____						ETNICIDAD: Hispano/Latino No Hispano/Latino	

PARA USO OFICIAL DEL MSCC:
LAB # _____
RESULTADOS:
AA: _____ OTRO: _____
TECNICO: _____ FECHA: _____
DIR: _____ FECHA: _____

INFORMACION DE LA MADRE (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)

APELLIDO PATERNO:		NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	ESTADO CIVIL SOLTERA o CASADA
CALLE:		CIUDAD:		ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE SEGURO SOCIAL SS#:					
HA SIDO UD. EXAMINADA PARA HEMOGLOBINOPATIAS? NO o SI (FECHA _____) RESULTADOS: _____					

FECHA DE COLECCION: ____ / ____ / ____
HORA:
Estudio de familia: SI NO
Relación:
Repetición: SI NO
Resultado Previo: _____

INFORMACION DEL PADRE (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)

APELLIDO PATERNO:		NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	ESTADO CIVIL SOLTERO o CASADO
CALLE:		CIUDAD:		ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE SEGURO SOCIAL SS#:					
HA SIDO UD. EXAMINADO PARA HEMOGLOBINOPATIAS? NO o SI (FECHA _____) RESULTADOS: _____					

ENVIAR RESULTADOS A:
PCP: _____
CLINICA: _____
Correo Electrónico: _____
DIRECCION: _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Fono: _____ Fax: _____

Por medio de este Documento, consiento para que se me saque menos de/ ó un ml de sangre, para mis exámenes de laboratorio. Estos son necesarios para determinar el tipo y cantidad de variantes de hemoglobina que poseo. Se me ha explicado bien estos exámenes, en lo referente a su propósito, riesgos, y cuidado para evitar complicaciones. Yo certifico que los resultados de este examen de hemoglobinopatías no será utilizado para deportes o atletismo, al menos que el costo apropiado de este examen haya sido reembolsado a Meharry Medical. **Firma del Participante/Guardian:** _____ **Fecha:** _____

Razón para tener Guardián (en coma, menor, incompetente, etc.): _____ Firma del Testigo: _____ Fecha: _____
Firma de la Autoridad que obtiene consentimiento _____ Relación con la Autoridad que obtiene consentimiento _____

ANTES DE FIRMAR POR FAVOR LEA ESTO Y PONGA SUS INICIALES: El propósito de este examen es determinar si Ud. tiene anemia falciforme, rasgo falciforme u otro tipo inusual de hemoglobina. Estas se pueden detectar a través de exámenes químicos de proteínas o análisis de ADN (si fuera necesario) de la sangre tomada del brazo o del dedo. Los riesgos son mínimos (pequeños). Si Ud. ha ido a una clínica designada o si su medico lo ha referido al Centro, sus resultados serán puestos en su historia clínica, al menos que Ud. rehuse. Todos los pacientes que vengan al Centro auto-referidos o sin haber hecho una cita previa recibirán sus resultados en absoluta