

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

PACIENTES ADULTOS
(MAYORES DE 1 AÑO DE EDAD)

EXAMENES DE LABORATORIO PARA DETECTAR HEMOGLOBINOPATIAS

Este Documento debe llenarse completamente para poder procesar la muestra- Por favor escriba con letra de imprenta

APELLIDO PATERNO:		NOMBRE:		INI CIA L	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	PARA USO OFICIAL DEL MSCC:	
DIRECCION: CALLE:		CIUDAD:	ESTADO	CODIGO POSTAL		LAB# _____ RESULTADOS:	AA: _____ OTRO: _____
CONDADO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL SS# xxx-xx-_____	TELEFONO CON CODIGO DE AREA: () _____ - _____				TECNICO: _____ FECHA: ____ / ____ / ____	DIR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____	RAZA: <input type="checkbox"/> Negra/Afro-Americana <input type="checkbox"/> Indio Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		FECHA DE COLECCION: ____ / ____ / ____ HORA: _____		
TRANSFUSION SANGUINEA <input type="checkbox"/> SI (FECHA: ____ / ____ / ____) <input type="checkbox"/> NO						Estudio de familia: SI NO Relación: _____ Repetición: SI NO Resultado Previo: _____	
Por medio de este Documento, consiento para que se me saque menos de/ 6 5 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 hemoglobinopatias no será utilizado para deportes o atletismo, al menos que el costo apropiado de este examen haya sido reembolsado a Meharry Medical						ENVIAR RESULTADOS A:	
Razón para tener Guardian (en coma, menor, incompetente, etc.): _____ Firma del o estigo Fecha: _____ Firma de la Autoridad que obtiene consentimiento _____ Relación con la Autoridad que obtiene consentimiento _____						PCP: _____ Correo Electrónico: _____ Agency _____ DIRECCION _____ Ciudad _____ Estado _____ Fono: _____ Fax: _____	

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 confidencialidad. Nosotros le haremos saber sus resultados y le ofreceremos consejería genética.

Iniciales _____