

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](mailto: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**

<b>APELLIDO PATERNO:</b>		<b>NOMBRE:</b>		<b>INI CIA L</b>	<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>PARA USO OFICIAL DEL MSCC:</b>		
<b>DIRECCION: CALLE:</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>		LAB# _____ RESULTADOS:		
<b>CONDADO:</b>	<b>NUMERO DE SEGURO SOCIAL SS#</b> xxx-xx-_____	<b>TELEFONO CON CODIGO DE AREA:</b> ( ) _____ - _____				AA: _____ OTRO: _____	TECNICO: _____ FECHA: ____ / ____ / ____	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> ____ / ____ / ____	<b>RAZA:</b> <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		<b>ETNICIDAD:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino			<b>FECHA DE COLECCION:</b> ____ / ____ / ____ HORA: _____		
<b>TRANSFUSION SANGUINEA</b> <input type="checkbox"/> SI (FECHA: ____ / ____ / ____) <input type="checkbox"/> NO						Estudio de familia: SI NO	Relación: _____	
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. <b>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</b>						Repetición: SI NO	Resultado Previo: _____	
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 _____						<b>ENVIAR RESULTADOS A:</b> 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 \_\_\_\_\_