

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"/> M <input type="checkbox"/> F	PARA USO OFICIAL DEL MSCC: LAB# _____ RESULTADOS: AA: _____ OTRO: _____ TECNICO: _____ FECHA: ____ / ____ / ____ DIR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____
DIRECCION: CALLE:		CIUDAD:	ESTADO	CODIGO POSTAL		
CONDADO:	TELEFONO CON (CONDIGO DE AREA; () ____ -- ____	TELEFONO CON CODIGO DE AREA: () ____ - ____				
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: _____ Estudio de familia: SI__ NO__ Relación: _____ Repetición: SI__ NO__ Resultado Previo: _____		
TRANSFUSION SANGUINEA <input type="checkbox"/> SI (FECHA: ____ / ____ / ____) <input type="checkbox"/> NO						ENVIAR RESULTADOS A: PCP: _____ Correo Electrónico: _____ Agency _____ DIRECCION _____ Ciudad _____ Estado _____ Epo: _____ Eay: _____
Por medio de este Documento, consiento para que se me saque menos de/ ó 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						
Razón para tener Guardian (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 confidencialidad. Nosotros le haremos saber sus resultados y le ofreceremos consejería genética.

Iniciales _____