

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**

<b>APELLIDO PATERNO:</b>		<b>NOMBRE:</b>		<b>INICIAL</b>	<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>PARA USO OFICIAL DEL MSCC:</b> LAB# RESULTADOS: AA:                    OTRO: TECNICO:            FECHA:   /   / DIR:                    FECHA:   /   /
<b>DIRECCION: CALLE:</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>ESTAD O</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>		
<b>CONDADO:</b>	<b>TELEFONO CON CODIGO DE AREA:</b> (    ) _____ - _____	<b>TELEFONO CON CODIGO DE AREA:</b> (    ) _____ - _____				
<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: _____ Estudio de familia:    SI ____ NO ____ Relación: _____ Repetición:            SI ____ NO ____ Resultado Previo: _____	
<b>TRANSFUSION SANGUINEA</b> <input type="checkbox"/> SI (FECHA: ____ / ____ / ____) <input type="checkbox"/> NO						<b>ENVIAR RESULTADOS A:</b> PCP: _____ Correo Electrónico: _____ Agency: _____ DIRECCION: _____ City _____ State _____ Fono: _____ Fax: _____
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 sera utilizado para deportes o atletismo, al menos que el costo apropiado de este examen haya sido reembolsado a Meharry Medical. <b>Firma del Participante/Guardian:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____						
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.

Fecha María del Pilar Aguinaga, Ph.D., DLM(ASCP), Directora del Centro y Directora de Laboratorio, MSCC

Documento traducido por la Dra María del. Pilar Aguinaga –

<http://sicklecell.mmc.edu>

Revised 10/14/19 LAW

Iniciales \_\_\_\_\_