

INSTRUCCIONES PARA LLENAR Y ENVIAR EL CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE MUY BAJO RIESGO PARA LA PRUEBA DE PLOMO EN SANGRE

ANTES de llenar el Certificado de Exención de Muy Bajo Riesgo para la Prueba de Plomo en Sangre, en la segunda página, lea los requisitos para saber si su hijo los cumple TODOS. Si no los cumple, NO COMPLETE el Certificado de Exención de Muy Bajo Riesgo para la Prueba de Plomo en Sangre. Si los cumple, lea las instrucciones a continuación.

Este certificado de exención tiene cuatro secciones:

1. Nombre del niño y fecha de nacimiento
2. Padre o guardián legal (Nombre, dirección, firma y fecha de la solicitud)
3. Notario público (Estado y condado, fecha, nombre del solicitante, firma del notario, título, fecha de vencimiento de la comisión y sello del notario público).
4. Nombre y firma de la persona del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa (HHS por sus siglas en inglés) y fecha.

INSTRUCCIONES: Complete la sección de su hijo y la suya escribiendo claramente en cada una de las líneas. Haga que un notario público llene su sección con su respectivo timbre/sello. Guarde una copia con usted y envíe el documento original a:

Lucas State Office Building
Iowa Department of Health & Human Services
Atn: Rossany Brugger
321 East 12th St.
Des Moines, IA 50319

Una vez que recibamos su documento, IDPH lo firmará y fechará, y le devolverá el original. Mantendremos una copia electrónica y agregaremos el nombre de su hijo a la base de datos de IDPH de niños que recibieron el Certificado de Exención de muy Muy Bajo Riesgo para la Prueba de Plomo en Sangre. Proporcione una copia completa del certificado, firmado/sellado, a la escuela de su hijo.

IMPORTANTE: Proporcione exactamente el mismo apellido, primer y segundo nombre, y la fecha de nacimiento de su hijo, como lo hizo o lo hará en la escuela. Si escribe mal su nombre o la fecha de nacimiento en el registro de la escuela o en este certificado, es posible que nuestros registros no identifiquen el nombre de su hijo con el de la escuela y el Departamento de Salud le pida que le haga la prueba de plomo a su hijo.

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con Rossany.brugger@idph.iowa.gov o llame al (515) 281-3225 o al (800) 972-2026.

Nombre del niño:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año): _____

Nombre de la escuela: _____ # Distrito y edificio escolar: _____

Yo, el padre o guardián del niño mencionado anteriormente, doy fe de que dicho niño cumple con la definición de muy bajo riesgo de niveles altos de plomo en sangre porque este niño no ha:

(1) vivido, visitado o pasado tiempo en ningún edificio construido antes de 1960, incluidos, entre otros, el hogar del niño, una guardería, un preescolar, el hogar de una niñera o el hogar de un pariente; (2) comido objetos no comestibles; (3) vivido o estado en contacto frecuente con un adulto que trabaja con plomo en su trabajo o como parte de un pasatiempo, que incluye, entre otros, pintura, soldadura, trabajos de fundición, renovación de casas antiguas, trabajo en un campo de tiro, fabricación o reciclado de baterías, trabajo con cerámica o vidrieras, trabajo con hoja de metal o chatarra, o plomería; (4) vivido cerca de una planta de fabricación de baterías, una planta de reciclaje de baterías, una fundición de plomo u otra fuente de emisiones de plomo; (5) nacido o estado más de tres meses en México, América Central, Europa del Este o el Sureste de Asia; (6) ingerido alimentos, dulces o remedios que contengan plomo; (7) jugado con juguetes, joyas u otros artículos que la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor de EE. UU. haya retirado del mercado debido a la contaminación con plomo; o (8) estado expuesto a cualquier otro producto o sustancia que el departamento, la Agencia de Protección Ambiental de los EE. UU., el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU., los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. determinen que contienen plomo.

Yo, el padre o guardián del niño mencionado anteriormente, entiendo las causas y consecuencias del envenenamiento por plomo en los niños. Entiendo que la única forma de saber si mi hijo está envenenado con plomo es haciéndole un análisis de sangre. Entiendo que mi negativa en permitir que mi hijo sea examinado para detectar envenenamiento por plomo podría tener consecuencias significativas en el desarrollo futuro de mi hijo. Entiendo que un niño al que se le otorga una Exención de Muy Bajo Riesgo podría experimentar envenenamiento por plomo si las condiciones enumeradas anteriormente cambian.

Yo, el padre o guardián del niño mencionado anteriormente, por la presente, certifico que la información que he proporcionado en este documento es verdadera y correcta. Al firmar este certificado, doy fe de que este niño cumple con la definición de muy bajo riesgo de niveles elevados de plomo en la sangre y que el Departamento de Salud y Servicios Humanos puede actuar con base en dicha declaración al emitir este certificado.

Nombre (Imprimir): _____
Padre o guardián legal

Dirección: _____
Casa/No. Apt. Calle Ciudad Código Postal

Firma: _____ Fecha: _____
Padre o guardián legal

Correo electrónico: _____

El Certificado de Exención de Muy Bajo Riesgo es válido solo cuando está firmado y sellado por un notario público.

Estado de _____ Condado de _____

Este documento fue reconocido ante mí, el _____
Fecha

Por _____
Nombre(s) de Persona(s)

Firma del Notario Público: _____

Título (o Rango para Personal Militar): _____

Estampilla o sello
del Notario

Mi comisión expira: _____

Con base únicamente en la información proporcionada por el padre o guardián anterior, el Departamento de Salud Pública determina que este niño tiene un riesgo muy bajo de tener niveles elevados de plomo en la sangre.

Jefe de la Oficina: _____ Fecha: _____