



**Indiana  
Department  
of  
Health**



Mike Braun  
*Gobernador*

Lindsay M. Weaver, MD, FACEP  
*Inspector de Sanidad del Estado*

## **Formulario de rechazo a la evaluación de riesgos/visita domiciliaria**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Dirección principal del niño: \_\_\_\_\_

**De conformidad con los cambios en el Código Administrativo de Indiana (Indiana Administrative Code, IAC), Sección 410 Artículo 29 a través de la norma de emergencia del 1.º de julio de 2022, todo nivel de plomo en sangre confirmado de 5.0 µg/dL o mayor se considera elevado y requiere que la familia y el niño afectados reciban servicios de gestión de casos.**

Estos servicios se ofrecen a las familias de manera gratuita y pueden ayudar a los niños a evitar las consecuencias permanentes y a largo plazo de la exposición al plomo. El objetivo de este documento es registrar el rechazo de cualquier padre o tutor a permitir una investigación ambiental de evaluación de riesgos, una visita domiciliaria educativa o la supervisión recomendada del nivel de plomo de un niño mediante pruebas de sangre y de laboratorio de seguimiento.

**Al firmar y entregar este formulario al coordinador de casos designado de su región, el departamento de salud local verifica el rechazo de los siguientes servicios (marque los que correspondan):**

- ☐ Pruebas de sangre y de laboratorio    ☐ Visita domiciliaria educativa de gestión de casos  
☐ Investigación para la evaluación del riesgo medioambiental

Antes de rechazar la investigación, todos los padres y tutores deben conocer la importancia de estos servicios y de los peligros asociados a los niveles elevados de plomo en la sangre de los niños. Si un padre o tutor decide aceptar alguno de estos servicios ahora o más adelante, el departamento de salud local debe hacer todo lo posible para proporcionar estos servicios a la familia.

Se debe hacer todo lo posible para que los niños reciban estos servicios. Si un padre no puede o no está dispuesto a firmar la parte inferior de este formulario, identifique las medidas que el departamento de salud local ha tomado para garantizar su participación en los servicios. Incluya documentación detallada, como la fecha y el tipo de intento (es decir, visita domiciliaria, llamada telefónica, etc.).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre/tutor legal (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal (si está accesible)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Realizado por: (nombre del personal del Departamento de Salud local)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

**Promover, proteger y mejorar** la salud y la seguridad de todos los residentes de Indiana.