

## Heavy Metal Form

### Forma de Metal Pesado

(Lead, Arsenic, Cadmium, Mercury, Copper)

(Plomo, Arsénico, Cadmio, Mercurio, Cobre)

Patient's name/ <i>Nombre del Paciente</i> Last / <i>Apellido</i>		First / <i>Nombre</i>	MI
Guardian's name / <i>Nombre del guardian</i> Last / <i>Apellido</i>		First / <i>Nombre</i>	
Public aid group # / <i>Número del grupo</i> Public aid ID # / <i>Ayuda Pública</i>		Date of birth / <i>Fecha de nacimiento</i>	Male / <i>Hombre</i> Female / <i>Hembra</i>
Telephone # / <i>Número de teléfono</i>		Street address / <i>Domicilio</i>	
Apt # / <i>Apartamento</i>	City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i>	Zip Code / <i>Código</i>
County / <i>Condado</i>	Race / <i>Raza</i> - White / <i>Blanco</i> Hispanic / <i>Hispano</i> Asian / <i>Asiático</i> Black / <i>Negro</i> American Indian / <i>Indio Americano</i> Other / <i>Otro</i> _____		
Employer / <i>Empleador</i>		Occupation / <i>Ocupación:</i>	
Address / <i>Domicilio</i>			
Test requested: Lead Cadmium Arsenic Mercury Copper Heavy		Date specimen collected	
Specimen type: Blood Urine		Blood type: Venous Capillary	

Please complete all information and attach this form to the test requisition.  
Send both with the specimen in the transport bag to the laboratory.