

Heavy Metal Form (Lead, Arsenic, Cadmium, Mercury, Copper)
Forma de Metal Pesado (Plomo, Arsénico, Cadmio, Mercurio, Cobre)

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