

Envíe el formulario(s) completo(s) y documentación a:  
Department of Labor and Industries  
PO Box 44610  
Olympia WA 98504-4610



# ELECCIÓN PARA PRUEBA DE SANGRE DE COLINESTERASA

## FORMULARIO PARA “ACEPTAR” O “RECHAZAR” LA PRUEBA DE SANGRE DE COLINESTERASA

*Por favor pregunte sobre cualquier aspecto de este formulario que usted no entienda antes de decidir aceptar o rechazar la prueba de sangre de colinesterasa.*

Usted está aquí porque usted manipula los pesticidas organofosforados y carbamatos con las palabras “DANGER” (peligro) o “WARNING” (precaución) en la etiqueta. Las reglas de seguridad del estado de Washington le dan la oportunidad de elegir hacerse o no, las pruebas de sangre de colinesterasa.

La colinesterasa ayuda a controlar el sistema nervioso de su cuerpo. La sobreexposición a los pesticidas organofosforados y carbamatos puede reducir su colinesterasa y usted puede enfermarse.

Solamente usted puede decidir hacerse o no la prueba. Es contra la ley que su empleador interfiera en su decisión. Después de leer este formulario por completo, escriba su nombre en el espacio indicando si usted se hará o no se hará las pruebas de sangre.

### LO QUE SUCEDE Y PORQUÉ SUCEDE

Para hacerse estas pruebas de la sangre, usted tiene que hacerse una prueba cuando no haya manipulado pesticidas por algún tiempo (nivel basal). Aproximadamente 30 días después de que usted haya manipulado los pesticidas organofosforados y carbamatos, usted puede hacerse otra prueba (de seguimiento). La frecuencia de las pruebas depende de qué tantas horas usted manipula pesticidas en un período de 30 días.

- El propósito de estas pruebas es detectar sobreexposición y ayudar a prevenir enfermedades provocadas por los pesticidas.
- Su empleador debe asegurarse de que usted tenga la oportunidad de hacerse las pruebas de sangre cuando sean requeridas pero solamente si usted elige hacerse las pruebas.
- Usted no paga por las pruebas de sangre.
- Su empleador pagará por todos los costos.

Cada vez que usted se haga una prueba de sangre, un trabajador médico le sacará aproximadamente 2 cucharadas de sangre de una vena de su brazo. Esta sangre será puesta en tres pequeños tubos de ensayo. El trabajador médico utilizará una aguja estéril para sacar la sangre. Esta parte toma aproximadamente 5 minutos. Después usted usará un curita en el brazo por algunas horas.

### RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

Los resultados de su prueba de seguimiento pueden mostrar que usted ha tenido demasiada exposición a pesticidas. O pueden mostrar que usted se encuentra bien y puede seguir trabajando normalmente. Usted y su empleador serán informados si ocurren cambios en sus niveles de colinesterasa. Si su nivel de colinesterasa ha disminuido considerablemente, es posible que usted necesite suspender la manipulación de los pesticidas organofosforados y carbamatos hasta que su nivel de colinesterasa regrese a su nivel normal (nivel basal). Las pruebas de sangre pueden mostrar cuando sea seguro que usted vuelva a manipular estos pesticidas. **Las reglas de seguridad protegen su trabajo si usted es separado temporalmente de manipular los pesticidas organofosforados y carbamatos.**

El Departamento de Salud y el Departamento de Labor e Industrias en el estado de Washington también recibirán los resultados de la prueba.

## RIESGOS

- El dolor del piquete de una aguja
- Puede quedarle un moretón
- Puede sentirse un poco mareado
- En raras ocasiones, alguien puede tener una infección

## BENEFICIOS

- Saber si sus prácticas de manipulación y su equipo lo están protegiendo
- Saber si usted ha tenido demasiada exposición a estos pesticidas
- Evitar enfermedades por sobreexposición
- Ayudar a usted y su empleador a tener un lugar de trabajo más seguro

# ELECCIÓN PARA LA PRUEBA DE SANGRE DE COLINESTERASA

**INICIALES**

### SI, YO ACEPTO HACERME LAS PRUEBAS DE SANGRE

He leído este formulario (o me lo han leído) y he hablado sobre las pruebas de sangre con el trabajador médico.

YO ELIJO HACERME LAS PRUEBAS DE COLINESTERASA.

Fecha (mes/día/año)	Nombre (use letra de imprenta)	Firma del paciente
---------------------	--------------------------------	--------------------

### Opcional

Fecha (mes/día/año)	Nombre (use letra de imprenta)	Firma del testigo
---------------------	--------------------------------	-------------------

**INICIALES**

### NO, YO NO ACEPTO HACERME LAS PRUEBAS DE SANGRE

He leído este formulario (o me lo han leído) y he hablado sobre las pruebas de sangre con el trabajador médico. Entiendo los riesgos y beneficios de las pruebas de colinesterasa y ELIJO NO HACERME LAS PRUEBAS DE COLINESTERASA. También entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y hacerme las pruebas de sangre sin ningún costo.

Fecha (mes/día/año)	Nombre (use letra de imprenta)	Firma del paciente
---------------------	--------------------------------	--------------------

### Opcional

Fecha (mes/día/año)	Nombre (use letra de imprenta)	Firma del testigo
---------------------	--------------------------------	-------------------

### Complete esta sección solo si el formulario es leído al participante

Yo confirmo que la información en el formulario de consentimiento y cualquier otra información escrita fue explicada con exactitud y aparentemente entendida por el participante. El participante aceptó libremente participar en el programa de la prueba de sangre.

Fecha (mes/día/año)	Nombre (use letra de imprenta)	Firma del testigo
---------------------	--------------------------------	-------------------