



DEPARTMENT OF PLANNING & DEVELOPMENT
Lead Hazard Reduction Program

CERTIFICACIÓN de VISITANTE para NIÑOS

Yo, _____, Por la presente certifico que mi hijo, _____
fecha de nacimiento, _____, visita el hogar de _____,
ubicado en _____, más de 14 días al año. Por la presente,
autorizo al Departamento de Salud de Rhode Island a divulgar los resultados de las
pruebas de plomo en la sangre para mis hijos, menores de seis años, al Programa de
Reducción del Riesgo de Plomo de Woonsocket. Entiendo que mis registros están
protegidos por las regulaciones estatales de confidencialidad del estado y por las Leyes
Generales de Rhode Island y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito,
excepto que la ley disponga lo contrario. Esta información no puede ser transferida a
ninguna otra parte sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que puedo revocar este
consentimiento momento.

Firma

Nombre impreso:

La Fecha: _____

Propiedad propietario (s):

Section 101 of Title 18 of the U.S. Code makes it a criminal offense to make willful and/or false statements of misrepresentation to any department of any agency of the United States and any other matter within its jurisdiction.