

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK
SOLICITUD DE REUBICACIÓN POR DERRAME DE PETRÓLEO
CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL PERFIL DEL OCUPANTE

N.º de derrame del Departamento de Conservación Ambiental (DEC):
Nombre del derrame:

Dirección del edificio: N.º de apto.:

Cant. de ocupantes en la unidad de residencia: (El solicitante debe completar una sección por cada ocupante).

Reconocimiento de olores: ¿Desea reubicarse?

Nombre: Edad: Sexo:

Profesión:

Afecciones médicas preexistentes:

Síntomas:

¿Consultó a un médico o fue examinado(a) por un médico?
Nombre del médico:

Nombre: Edad: Sexo:

Profesión:

Afecciones médicas preexistentes:

Síntomas:

¿Consultó a un médico o fue examinado(a) por un médico?
Nombre del médico:

Nombre: Edad: Sexo:

Profesión:

Afecciones médicas preexistentes:

Síntomas:

¿Consultó a un médico o fue examinado(a) por un médico?
Nombre del médico:

Este formulario debe enviarse a: Bureau of Toxic Substance Assessment
NYS Department of Health
Empire State Plaza, Corning Tower, Room 1743
Albany, NY 12237