

**Escriba en letra de imprenta con tinta azul o negra**

**Envíe el formulario completo a:**

New York State Department of Health  
Bureau of Environmental Radiation Protection  
Flanigan Square, Room 530  
547 River Street  
Troy, NY 12180-2166  
(800)458-1158

**Para uso oficial únicamente – Número de ID de NYSDOH**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

1. Nombre completo      Nombre de pila      Apellido      Inicial del segundo nombre

2. Envíe los detectores a esta dirección      Ciudad      Estado      Código postal

3. Los detectores se utilizarán en la siguiente dirección (escribala sólo si es distinta de la dirección de envío)      Ciudad      Estado      Código postal

4. Condado      Ciudad o pueblo

5. Número de teléfono

|                 |                   |                           |
|-----------------|-------------------|---------------------------|
| Diurno (      ) | Nocturno (      ) | Mejor horario para llamar |
|-----------------|-------------------|---------------------------|

6. ¿Ha utilizado alguna vez detectores de radón en esta vivienda?       Sí      En caso afirmativo, ¿fue el Departamento de Salud del Estado de Nueva York el que le proveyó el equipo de prueba?       Sí  
 No       No

7. Por el presente declaro no ser vendedor de medidores de radón ni utilizar para la reventa ninguno de los detectores de radón que me entregó el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. **Me comprometo, además, a utilizar los dispositivos en cuestión con el único fin de medir el nivel de radón en mi vivienda.** Autorizo a la Oficina de Protección contra la Radiación Medioambiental, dependiente del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, a utilizar la información de este formulario y los resultados de las pruebas de radón para investigaciones a cargo del Departamento de Salud. Es de mi conocimiento que mi nombre, dirección y número de teléfono serán mantenidos bajo absoluta reserva por el Departamento de Salud y no serán divulgados a terceros sin mi permiso previo por escrito.

Firma

Fecha

## Cantidad de detectores solicitados\*

\_\_\_\_\_ detectores de radón de corta duración a \$6.75 cada uno = \$ \_\_\_\_\_

\*Tenga en cuenta que un solo detector de corta duración basta para medir la concentración de radón en una superficie de 2,000 pies cuadrados (186 metros cuadrados) por piso.

Envíe un cheque o giro postal (money order) pagadero al Departamento de Salud del Estado de Nueva York. **No envíe dinero en efectivo.**

# Para uso oficial únicamente

|   |                              |                      |
|---|------------------------------|----------------------|
| <b>Comentarios</b><br><hr/> <hr/> <hr/> | <b>Estudio especial</b>      | <input type="text"/> |
|   | <b>Iniciales del revisor</b> | <hr/>                |
|   | <b>Fecha</b>                 | <hr/>                |

| Tipo (*) | Número de detector | Fecha de envío | Monto pagado |  |
|----------|--------------------|----------------|--------------|--|
| CC       |                    |                |              |  |
| CC       |                    |                |              |  |
| CC       |                    |                |              |  |
| CC       |                    |                |              |  |
| CC       |                    |                |              |  |
| CC       |                    |                |              |  |
| CC       |                    |                |              |  |
| CC       |                    |                |              |  |
| CC       |                    |                |              |  |

**Tipo**  
CC-Carbón

**(\*)**  
1- Detección  
2 - Seguimiento  
3 - Duplicado  
9 - Recambios

**Lugar de colocación**  
0- Sótano  
1- Primer piso  
2- Segundo piso  
3- Tercer piso