

استمارة التوجيه الاستباقي ورفض اختبار مستوى الرصاص في الدم

Provider instructions: Please have the parent or guardian review and sign the information below. Complete the bottom portion and retain this form in the patient's medical record.

رفض ولي الأمر أو الوصي لاختبار مستوى الرصاص في الدم:

أقر أنني على دراية بالآثار الصحية طويلة المدى والخطيرة لتسمم الرصاص في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و6 سنوات. أدرك أنّ اختبار نسبة الرصاص في الدم هو الطريقة الوحيدة لمعرفة إذا ما كان طفلي قد تعرض لتسمم الرصاص. وأرفض إجراء اختبار مستوى الرصاص في الدم لطفلي.

سبب (أسباب) الرفض: _____

اسم الطفل بأحرف واضحة: _____ تاريخ ميلاد الطفل: _____

توقيع ولي الأمر أو الوصي: _____ التاريخ: _____

إذا كان لديك أي استفسارات، يُرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم **1-714-246-8500** أو الرقم المجاني **1-888-587-8088 (TTY 711)**، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً وحتى 5:30 مساءً، يُوجد لدينا فريق يتحدث لغتك. تفضل بزيارتنا على الموقع الإلكتروني www.caloptima.org. قد يساعدك "مكتب التظلمات" التابع للرعاية الصحية المدارة ببرنامج Medi-Cal التابع للولاية في الرد عن أي استفسارات. ويمكنك الاتصال به على الرقم **1-888-452-8609**.

استخدام موافق الرعاية فقط:

Provider use only:

Anticipatory guidance:

- Check box if verbal or written anticipatory guidance was provided to the parent or guardian. For more information, visit: [California Department of Public Health Anticipatory Guidance](https://www.cdph.ca/Programs/CID/DCDC/Pages/Imz/Pages/Lead/Lead-Refusal-Form-A.aspx).

If parent or guardian signature is withheld:

Check box if the parent or guardian declined to sign this Anticipatory Guidance and Blood Lead Refusal form.

Check box if the parent or guardian is unable to sign this Anticipatory Guidance and Blood Lead Refusal form.

Reason(s) why parent or guardian is unable to sign: _____

Provider Signature or Stamp: _____ Date: _____