

## 예측 지침 및 혈액 납 거부 양식

**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.

### 혈액 납 검사에 대한 부모 또는 보호자의 거부:

나는 납 중독이 6 개월에서 6 세 사이의 어린이에게 심각하고 장기적인 건강 영향을 미친다는 사실을 알게 되었음을 확인합니다. 나는 혈액 납 검사가 내 아이가 납에 노출되었는지 확인하는 유일한 방법이라는 것을 이해합니다. 나는 내 아이의 혈액 납 검사를 거부합니다.

거부 이유는 다음과 같습니다: \_\_\_\_\_

자녀의 이름 정자체: \_\_\_\_\_ 자녀의 생년월일: \_\_\_\_\_

부모 또는 보호자의 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

질문이 있다면, CalOptima Health 고객 서비스의 전화번호 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088 (TTY 711)** 번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 전화주십시오. 귀하의 언어로 도와드립니다. 저희 웹사이트 **www.caloptima.org** 를 방문하십시오. 주 메디-칼 관리 "Ombudsman Office(옴부즈맨 부서)"에서 귀하의 질문에 대한 도움을 드립니다. 그들의 전화번호 **1-888-452-8609**번으로 전화하십시오.

---

### 제공자 사용만을 위해:

#### 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.](#)

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: \_\_\_\_\_