

## Hướng Dẫn Dự Đoán và Mẫu Đơn Từ Chối Xét Nghiệm Chì Trong Máu

**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.

### Cha mẹ hoặc người giám hộ từ chối xét nghiệm chì trong máu:

Tôi xác nhận rằng tôi đã biết về những ảnh hưởng sức khỏe nghiêm trọng và lâu dài của việc nhiễm độc chì đối với trẻ em trong độ tuổi từ 6 tháng đến 6 tuổi. Tôi hiểu rằng xét nghiệm chì trong máu là cách duy nhất để xác định xem con tôi có tiếp xúc với chì hay không. Tôi từ chối xét nghiệm chì trong máu cho con tôi.

(Những) lý do từ chối: \_\_\_\_\_

Tên của trẻ viết in: \_\_\_\_\_ Ngày sinh của trẻ: \_\_\_\_\_

Chữ ký của cha mẹ hoặc người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số **1-714-246-8500** hoặc số miễn phí **1-888-587-8088 (TTY 711)**, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org**. “Văn Phòng Thanh Tra” Chương Trình Chăm Sóc Có Kiểm Soát Medi-Cal của Tiểu Bang có thể giúp quý vị với bất kỳ thắc mắc nào. Quý vị có thể gọi cho họ ở số **1-888-452-8609**.

---

### Phần này chỉ dành cho nhà cung cấp dịch vụ:

#### 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: \_\_\_\_\_