

## راهنمای تدارکات و فرم امتناع آزمایش سرب خون

**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.

**دستورالعمل ارائه دهنده** لطفاً از والدین یا قیم بخواهید اطلاعات زیر را بررسی کرده و امضا کنند. قسمت پایینی را تکمیل کنید و این فرم را در پرونده پزشکی بیمار نگهداری کنید.

**امتناع والدین یا قیم از آزمایش سرب خون:**

من تأیید می‌کنم که از اثرات جدی و بلندمدت مسمومیت با سرب بر سلامت کودکان بین 6 ماه تا 6 سال مطلع شده‌ام. من می‌دانم که آزمایش سرب خون تنها راهیست برای تشخیص اینکه آیا فرزندم در معرض سرب قرار گرفته است یا خیر. من از آزمایش سرب خون برای فرزندم خودداری می‌کنم.

دلیل(های) امتناع: \_\_\_\_\_

نام کودک را بنویسید: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد کودک: \_\_\_\_\_

امضای والدین یا قیم: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات مشتری CalOptima Health Customer Service با شماره **1-714-246-8500** یا با شماره تلفن رایگان **(TTY 711) 1-888-587-8088**، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر تماس بگیرید. ما کارکنانی داریم که به زبان شما صحبت می‌کنند. به وبسایت ما **<www.caloptima.org>** مراجعه کنید. "دفتر Ombudsman" مراقبت‌های مدیریت شده ایالتی Medi-Cal می‌تواند در مورد هر سؤالی به شما کمک کند. می‌توانید با آنها با این شماره تماس بگیرید **1-888-452-8609**.

راهنمای اطلاعات و تدارک:

### 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/Prevention/Lead/Pages/California-Department-of-Public-Health-Anticipatory-Guidance.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: \_\_\_\_\_