

Guía anticipatoria y formulario de rechazo de la prueba de plomo en la sangre

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.

Rechazo de la prueba de plomo en la sangre del padre de familia o tutor legal:

Confirmando que me han informado de los efectos graves y a largo plazo en la salud que provoca la intoxicación por plomo en niños entre las edades de 6 meses y 6 años. Comprendo que una prueba de plomo en la sangre es la única manera de detectar si mi hijo ha estado expuesto al plomo. Rechazo las pruebas de plomo en la sangre para mi hijo.

Motivo(s) del rechazo: _____

Nombre del niño
en letra impresa: _____

Fecha de
nacimiento del niño: _____

Firma del padre de
familia o tutor legal: _____

Fecha: _____

Si tiene cualquier pregunta, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-714-246-8500** o gratuitamente al **1-888-587-8088 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. Contamos con personal que habla su idioma. Visítenos en **www.caloptima.org**. La "Oficina del Defensor del Pueblo" de atención administrada de Medi-Cal del estado puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga. Puede llamarles al **1-888-452-8609**.

Para uso exclusivo del proveedor: 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: _____