

自願拒絕血鉛檢測表

Alameda Alliance for Health (Alliance) 自願拒絕血鉛檢測表具有機密性。此表格必須由服務提供者填寫並由兒科患者的父母/監護人簽署。

說明

1. 請在下列所有字段中工整清楚地填寫或鍵入回覆。
2. 請父母或監護人審核以下資訊並進行簽名。
3. 完成簽署後，請將此表格保存在該患者的醫療記錄中。

如果對此表格或血鉛檢測有任何疑問，請諮詢您的醫生。

第 1 部分：病患/兒童資訊

名字：_____ 姓氏：_____

出生日期：_____

Alliance 計畫會員 ID 號：_____

醫療記錄號碼：_____

第 2 部分：父母/監護人審核

本人證實（證明）以下資訊已由醫生與本人一起審核：

- 鉛中毒會對健康造成長期的嚴重影響。
- 如果本人子女以前從未做過檢測或檢測結果不明，則應在六 (6) 月齡至六 (6) 歲期間接受鉛檢測。
- 血液檢測是了解本人子女是否接觸過鉛的唯一方法。

第 3 部分：父母/監護人簽名

本人自願拒絕為本人子女進行血鉛檢測。

簽名：_____ 日期：_____

第 4 部分：僅供診所填寫

父母/監護人未能簽署此表格的原因：

服務提供者/診所簽名/蓋章：_____ 日期：_____