

Mẫu Đơn Tự nguyện Từ chối Xét nghiệm Chì trong Máu

Mẫu Đơn Tự nguyện Từ chối Xét nghiệm Chì trong Máu của Alameda Alliance for Health (Alliance) là tài liệu bảo mật. Mẫu đơn này phải do nhà cung cấp hoàn thành và có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ của bệnh nhi.

HƯỚNG DẪN

- Viết chữ in rõ ràng hoặc đánh máy câu trả lời vào tất cả trường bên dưới.
- Yêu cầu phụ huynh hoặc người giám hộ xem lại và ký thông tin bên dưới.
- Sau khi ký, vui lòng giữ mẫu đơn này trong hồ sơ y tế của bệnh nhân.

Nếu có thắc mắc về mẫu đơn này hoặc việc xét nghiệm chì trong máu, vui lòng trao đổi với bác sĩ.

PHẦN 1: THÔNG TIN BỆNH NHÂN/TRẺ EM

Tên: _____ Họ: _____

Ngày Sinh: _____

Số ID Hội Viên Alliance: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

PHẦN 2: PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ XEM LẠI

Tôi xác nhận rằng bác sĩ đã cùng tôi xem lại những thông tin sau đây:

- Tác động nghiêm trọng và lâu dài của nhiễm độc chì đối với sức khỏe.
- Con tôi phải được xét nghiệm chì từ khi sáu (6) tháng đến sáu (6) tuổi nếu chưa từng được xét nghiệm trước đó hoặc chưa biết kết quả.
- Xét nghiệm máu là cách duy nhất để biết con tôi có bị phơi nhiễm chì hay không.

PHẦN 3: CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ

Tôi tự nguyện từ chối xét nghiệm chì trong máu cho con tôi.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

PHẦN 4: CHỈ DÀNH CHO PHÒNG KHÁM

Lý do tại sao phụ huynh/người giám hộ không thể ký mẫu đơn này:

Nhà Cung Cấp/Phòng Khám Ký Tên/Đánh Dấu: _____ Ngày: _____