

吉尼斯县 (Genesee County) 卫生部
儿童与青少年治疗许可

客户信息

儿童姓名 _____

儿童地址 _____

儿童父母电话 _____

父母/监护人姓名 _____

医生姓名 _____

保险类别 _____

如果是医疗补助计划 (Medicaid), 请填写编号

本人 _____, 同意 _____
(父母/监护人) (携带儿童的人士的姓名)

于 _____ (日期) 将我的孩子 (姓名如上) 带到吉尼斯县卫生部进行铅筛查。

(父母/监护人签字)

(日期)

如果在治疗日期之前, 您有任何疑问, 请致电: 810-257-3833

