

COMMUNITY HEALTH CARE, INC.
ĐỒNG Ý CHO CHỮA TRỊ DÀNH CHO TRẺ EM DƯỚI 18 TUỔI
(CONSENT FOR TREATMENT FOR MINOR UNDER THE AGE OF 18)

BỆNH NHÂN: _____ **Tháng/ngày/năm sanh:** _____ **CHART NO:** _____

Tôi đồng ý cho những nhân viên y tế và những nhân viên có liên quan trong việc chăm sóc sức khỏe của tôi tại Community Health Care Inc. được xem xét và chữa trị những gì cần thiết cho sức khỏe của bệnh nhân có tên _____. Sự đồng ý này bao gồm cho phép để hoàn tất những bước chuẩn bị chữa trị và chích ngừa theo chỉ định của nhân viên y tế tại CHC. Trong lúc chữa trị hoặc trong quá trình chữa trị cần chuẩn đoán xét nghiệm, phụ huynh hoặc người nuôi dưỡng hợp pháp hoặc nhân viên của CHC có thể đòi hỏi phải cầm giữ đứa trẻ. Sự cầm giữ có thể bao gồm: giữ chặt tay của trẻ lại, giữ phần trên của cơ thể, đầu, hoặc giữ chân nó lại cho nó không nhúc nhích.

Tôi đồng ý cho phát hành các tài liệu về hồ sơ khám tổng quát của con tôi (nó có thể bao gồm, bệnh tâm thần, xét nghiệm gen, và dùng thuốc gây nghiện) đến các bộ giáo dục và trung tâm giữ trẻ.

- Tôi đã nhận được bản sao (copy) về những quyền lợi và trách nhiệm của bệnh nhân và đã có cơ hội để hỏi về những điều thắc mắc có liên quan đến nó.
- Tôi đã nhận được bản sao (copy) về Sự Bảo Quản Tài Liệu. Tôi có thể nhận được bản sao nếu tôi yêu cầu
- Sau khi gặp bác sĩ, chúng tôi sẽ cung cấp bảng báo cáo về y tế của bạn. Chúng tôi sẽ không chịu trách nhiệm về mặt pháp lý cho sự riêng tư của thông tin nếu bạn làm thất lạc hay mất nó

Tôi đồng ý cho Community Health Care để lại thông tin chi tiết về thư thoại. Điều này có thể bao gồm kết quả thử nghiệm, hình thức/ghi lại thông tin và thông tin thuốc. **Sẽ không** bao gồm sức khỏe tâm thần, sử dụng chất, bệnh lây truyền qua đường tình dục, thử nghiệm di truyền và thông tin HIV. Chúng tôi sẽ cần phải nói chuyện với bạn trực tiếp về loại thông tin này.

Trách nhiệm của bạn là cập nhật số điện thoại mới để đảm bảo chúng tôi có số điện thoại mới nhất trên hồ sơ.

Xin vui lòng đánh dấu lựa chọn của bạn về tham gia nhận được tin nhắn thoại chi tiết

- Có
 Không

Tôi biết rằng tôi cần phải cập nhật bản đồng ý nếu có thay đổi cần phải được thực hiện. Bản chấp thuận này có hiệu lực cho đến khi tôi thông báo CHC để hủy bỏ nó.

Xem mặt sau về chữa trị cho bệnh nhân còn lệ thuộc vào cha mẹ
(See back for treatment of dependent patient)

Trao đổi với gia đình và những người khác có liên quan đến chăm sóc đứa trẻ

BỆNH NHÂN: _____ **Tháng/ngày/năm sanh:** _____ **CHART NO:** _____

Cha mẹ ruột hoặc cha mẹ nuôi được quyền mang con cái của họ đến khám và có quyền lấy các thông tin y tế về con cái của họ. Để thực hiện các quá trình dễ dàng hơn xin vui lòng liệt kê tên cả hai.

Tên của cha ruột hoặc cha nuôi: _____

Tên của mẹ ruột hoặc mẹ nuôi: _____

Tôi hiểu rằng tôi sẽ cố gắng làm đủ mọi cách để mang bệnh nhân đến buổi hẹn. Nếu tôi không thể đến cuộc hẹn, tôi đồng ý cho phép bác sĩ của Community Health Care chọn một trong những điều dưới đây:

[] Tôi đồng ý cho phép cho người có tên dưới đây mang con tôi đến chữa trị.

Tên họ	Sự quan hệ với bệnh nhân	Toàn bộ	Lịch trình các cuộc hẹn	Điều trị	Dụng cụ ôm chặt (nha khoa/thử nghiệm)	Toa thuốc
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Những chỉ dẫn riêng hoặc giới hạn:

- Tôi hiểu rằng bệnh nhân sẽ có thể không được gặp bác sĩ nếu người dẫn đến khám bệnh không có tên được nêu trên đây.
- Tôi hiểu rằng giấy viết cho phép người dẫn bệnh nhân đến khám bệnh với chữ ký của tôi sẽ luôn được chứng nhân là sự cho phép chữa trị bất cứ những điều gì có viết ra trên tờ giấy nếu chữ ký có lưu lại trong hồ sơ.

Chúng tôi sẽ tiếp tục dựa vào những dữ kiện trong cái đơn này khi nói chuyện với các thành viên trong gia đình của bệnh nhân hoặc những người khác có liên quan đến sự chăm sóc sức khỏe trừ phi bạn đòi hỏi thay đổi. Nếu bạn cần sửa đổi các tài liệu của mình xin vui lòng đến điền đơn mới.

Tôi đồng ý cho Community Health Care gửi tin nhắn nhắc nhở cho tôi về các cuộc hẹn, địa điểm, ngày giờ hẹn. CHC sẽ tiếp tục gửi tin nhắn cho đến khi tôi yêu cầu họ dừng lại. Thư và dữ liệu tỷ lệ có thể áp dụng.

Có Số điện thoại di động: _____

Tên của bệnh nhân

Chữ ký của bệnh nhân/Người đại diện hợp pháp

Tháng/Ngày/năm