

إذن لعلاج القُصر والسماح لغير أولياء الأمور/الأوصياء بمرافقة المريض

اسم الطفل	تاريخ الميلاد

- أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني على الطفل المدرج أعلاه، ولا توجد أوامر محكمة سارية الآن تمنعني من السماح للأفراد المدرجة أسماؤهم أدناه (على سبيل المثال: الصديق، أو الوالد، أو الجد، أو موفر الرعاية) باتخاذ قرارات رعاية صحية منتظمة وإحضار طفلي إلى زيارتهم في Mosaic Health.
- أسمح للأشخاص التالية أسماؤهم بإحضار طفلي إلى مواعيدهم ومنح الموافقة على الخدمات المنتظمة.

الاسم	صلة القرابة

لا أرغب في إعطاء أي شخص آخر إذنًا بإحضار طفلي للعلاج في الوقت الحالي.

إن الأفراد المدرجة أسماؤهم في القائمة يُسمح لهم بعمل التالي:

- مناقشة ومشاركة المعلومات الطبية عن طفلي.
- اتخاذ قرارات الرعاية الصحية ذات الطبيعة الروتينية كما تم تحديدها وفقًا لتقدير موفر خدمات Mosaic Health بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، إجراء الأشعة السينية على الأسنان، والحشو الواقي للأسنان، والحشوات الروتينية، ووضع الفلورايد، واللقاحات/التطعيمات الروتينية، والإجراءات الطبية البسيطة وخدمات المختبر.

يرجى ملاحظة أن أي قرارات/إجراءات رعاية صحية خطيرة قد تحتاج إلى موافقتك الشفهية عبر الهاتف، ويجب أن تكون متاحًا في أثناء الأوقات المحددة لموعد طفلك لاتخاذ مثل هذه القرارات. من المهم أن يكون لدينا رقم هاتف حديث للوصول إليك في أثناء هذه الظروف.

إن أفضل رقم هاتف للاتصال بي في أثناء هذه الأوقات هو:

أفهم أنه يمكنني إلغاء ذلك في أي وقت بإخطار المركز الصحي شفهيًا أو كتابيًا، وإلا فإن هذا التعيين يكون ساريًا لمدة عام واحد فقط (من تاريخ التوقيع). يجب استكمال نموذج جديد سنويًا.

توقيع المريض/ولي الأمر أو الوصي: _____ التاريخ: _____

الاسم بأحرف واضحة: _____ صلة القرابة بالمريض: _____

توقيع الشاهد _____ المسمى الوظيفي _____ التاريخ _____