



बिरामीको साथमा भएका नाबालक गैर-आमाबुवा/अभिभावकहरूको उपचारको लागि स्वीकृति

बच्चाको नाम	जन्ममिति

- म माथि सूचीबद्ध गरिएको बच्चाको **आमाबुवा वा कानूनी अभिभावक(हरू)** हुँ र नियमित स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरू लिन र मेरो बच्चालाई Mosaic Health मा उनीहरूको भेटमा ल्याउन तल उल्लिखित व्यक्तिहरू (उदाहरण: साथी, सौतेला आमाबुवा, हजुरबुवा-हजुरआमा, स्याहारकर्ता) लाई अनुमति दिनको लागि मलाई अनुमति नदिने प्रभावमा अहिले कुनै अदालतका आदेशहरू छैनन्।
- मैले निम्न मानिसहरूलाई मेरो बच्चालाई उनीहरूको अपोइन्टमेन्टमा ल्याउन र नियमित सेवाहरूको लागि सहमति दिन अनुमति दिन्छु।

नाम	सम्बन्ध

म यो समयमा उपचारको लागि मेरो बच्चालाई ल्याउन कसैलाई पनि अनुमति दिन चाहन्न।

सूचीबद्ध गरिएका व्यक्तिहरू निम्न कुरामा अधिकार प्राप्त छन्:

- मेरो बच्चाको बारेमा भएका चिकित्सा सम्बन्धी जानकारीबारे छलफल गर्ने र साझा गर्ने
- Mosaic स्वास्थ्य प्रदायकको निर्णयमा निर्धारण गरिए अनुसार तालिका प्रकृतिको स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरू बनाउनुहोस्। यतिमा मात्र सीमित नरहि एक्स-रे, सिलेन्टहरू, तालिका भर्ने, फ्लोराइड सप्लिमेन्ट, तालिकाबद्ध खोप/प्रतिरक्षणहरू, सामान्य चिकित्सा प्रक्रियाहरू र ल्याब सेवाहरू समावेश हुन्छन्।

कुनै पनि गम्भीर स्वास्थ्य स्याहार निर्णय/प्रक्रियाहरूमा फोनबाट तपाईंको मौखिक सहमति आवश्यक पर्न सक्छ र त्यस्ता निर्णयहरूका लागि तपाईं आफ्नो बच्चाको अपोइन्टमेन्टको अवधिमा उपलब्ध हुनुपर्छ। यी परिस्थिहरूको अवधिमा तपाईंलाई जारी राख्न हामीसँग तपाईंको फोन नम्बर हुन आवश्यक हुन्छ।

यी समयवधिमा मलाई सम्पर्क गर्ने उत्कृष्ट टेलिफोन नम्बर भनेको निम्न हो: _____

मैले बुझेको छु कि मैले स्वास्थ्य केन्द्रलाई मौखिक वा लिखित रूपमा सूचित गरेर कुनै पनि समयमा यसलाई रद्द गर्न सक्छु, अन्यथा यो निर्दिष्टीकरण एक वर्षसम्म (हस्ताक्षर मितिबाट) मात्र प्रभावकारी हुन्छ। वार्षिक रूपमा पूरा गर्न एउटा नयाँ फाराम आवश्यक पर्नेछ।

आमाबुवाको हस्ताक्षर/आमाबुवा वा अभिभावक: _____ मिति: _____

लेखिएको नाम: _____ बिरामीसँगको सम्बन्ध: _____

साक्षीको हस्ताक्षर _____

शीर्षक _____

मिति _____