

Zgoda na opiekę nad małoletnimi udzielana przez pełnomocnika

Zgodnie z prawem – z pewnymi ograniczonymi wyjątkami – żadne dziecko w wieku poniżej 18 lat nie może odbyć wizyty u uprawnionego świadczeniodawcy bez zgody rodzica lub opiekuna prawnego. Jeśli nieletni przyjdzie na wizytę z osobą niebędącą jego rodzicem lub opiekunem prawnym, musimy bez wyjątku otrzymać pisemne zezwolenie od rodzica lub opiekuna prawnego stwierdzające, że wskazana poniżej towarzysząca nieletniemu osoba dorosła została wyznaczona przez rodzica lub opiekuna prawnego nieletniego jako jego przedstawiciel działający w jego imieniu. W przypadkach, gdy rodzic lub opiekun prawny nie może przyjść z dzieckiem, powinien podać listę osób, którym zezwala na wyrażenie zgody na odbycie przez dziecko wizyty w naszej placówce. Niniejszy formularz nie zastępuje formularzy zgłoszeniowych składanych w szkołach i dotyczących wyrażenia zgody na leczenie.

Jako rodzic lub opiekun prawny _____ zezwalam, aby wymienione poniżej osoby dorosłe towarzyszyły mojemu dziecku podczas wizyt w Community Health Center, Inc. dotyczących rutynowej opieki (prosimy zaznaczyć wszystkie mające zastosowanie rodzaje opieki):

- medycznej stomatologicznej w zakresie zdrowia psychicznego

Rutynowa opieka obejmuje między innymi: ocenę lekarską, badanie przedmiotowe, rutynowe szczepienia, zastrzyki, zdjęcia rentgenowskie, wizyty u stomatologa w celu wykonania wypełnień, profilaktyczne badanie stanu uzębienia, wizyty w ramach terapii zdrowia psychicznego i diagnostykę laboratoryjną.

Towarzysząca osoba dorosła

Pokrewieństwo z pacjentem

Numer telefonu

Data ważności

Towarzysząca osoba dorosła

Pokrewieństwo z pacjentem

Numer telefonu

Data ważności

Towarzysząca osoba dorosła

Pokrewieństwo z pacjentem

Numer telefonu

Data ważności

****Uwaga:** Towarzysząca osoba dorosła przychodząca z pacjentem będzie musiała okazać dowód tożsamości

OGRANICZENIA:

Prosimy określić wszelkie ograniczenia dotyczące rodzajów usług medycznych, w odniesieniu do których udzielono niniejszej zgody przez pełnomocnika. Jeśli nie ma takich ograniczeń, należy wpisać „Brak”.

DANE KONTAKTOWE:

Jeśli opieka medyczna nie ma charakteru rutynowego (jak określono powyżej), proszę spróbować się ze mną (z nami) skontaktować w związku z opieką zdrowotną nad moimi (naszymi) dziećmi / osobami pozostającymi na moim (naszym) utrzymaniu pod wskazanymi poniżej numerami telefonu: Jeśli z jakiegoś względu nie będą Państwo w stanie skontaktować się ze mną (z nami), mogą Państwo uzyskać zgodę od pełnomocnika podejmującego decyzję:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna: _____ Imię i nazwisko rodzica/opiekuna: _____

Telefon w ciągu dnia: _____

Telefon w ciągu dnia _____

Telefon wieczorem: _____

Telefon wieczorem: _____

Telefon komórkowy: _____

Telefon komórkowy: _____

Upoważnienie:

Ja (rodzic/opiekun prawny) _____ upoważniam ośrodek Community Health Center Inc., CHCI i jego personel do wykonywania rutynowej opieki nad moim dzieckiem/osobą pozostającą na moim utrzymaniu, wymienionym/-ą powyżej, w zakresie uznanym za konieczny w procesie diagnozowania i leczenia małoletniego dziecka, oraz proszę ośrodek o świadczenie takiej opieki. Mam prawo upoważnić ośrodek CHCI i jego personel do świadczenia rutynowych usług i opieki medycznej na rzecz mojego dziecka.

Rodzic/opiekun prawny (podpis)

Stopień pokrewieństwa

Data

*******Pod żadnym pozorem nieletni pacjent na pierwszej wizycie nie może być widziany bez obecności rodziców lub opiekunów prawnych, chyba że prawo zezwala inaczej.