



الاذن في حالة الطوارئ
O.R.C. 33313.712

مدارس مدينة كولمبوس |

السبب: تمكين الاباء و اولياء الامور بالاذن بتوفير العلاج للاطفال في حال المرض او الاصابة بجرح و هم تحت رعاية المدرسة و عندما يكون صعوبة بالاتصال بالاباء و اولياء الامور

اسم الطالب

العنوان

المحلي

رقم الهاتف

المدرسة المسجل فيها

الاباء اولياء الامور المقيمين

اسم الام

رقم الهاتف

اسم الاب

رقم الهاتف

اسم آخر

رقم الهاتف

اسم قريب أو وصي

صلة القرابة

رقم الهاتف

العنوان

الجزء 1 او 2 الجزء يجب اكمال

الصف
الاسم الاول
الكنية

الجزء 1 ائفء موافقتي

أعطي موافقتي لمقدمي الرعاية الطبية و المشفى المحلي :

اسم طبيبك المفضل : _____ رقم التلّفون _____

اسم طبيب الاسنان المفضل : _____ رقم التلّفون _____

اسم الطبيب المختص _____ رقم التلّفون _____

اسم المشفى المفضل _____ رقم تلفون غرفة الطوارئ _____

إذا ام تنجح بالاتصال بي فانا اعطي موافقتي 1 للادارة لاي علاج ضروري للطبيب الموجود اسماء اعلاه أو في حالة عدم توفر الطبيب المعين المفضل أو اي طبيب مرخص آخر أو طبيب أسنان أو 2 أو احالة الطفل لاي مشفى يكون الوصول اليها بشكل معقول هذه الموافقة لاتغطي القيام بالعمل الجراحي الا اذا كان هناك موافقة من طبيبين آخرين بالضروره لها . الحقائق فسيما يتعلق بالتاريخ الطبي و الحساسية و الادوية المؤخوذة او اي عجز بدني الطبيب يجب ان يكون على علم به أدناه :

توقيع الاباء /اولياء الامور _____ التاريخ _____
العنوان _____

لا تكمل الجزء 2 اذا اكملت الجزء 1

الجزء الثاني رفض الموافقة

لا اعطي موافقتي لعلاج ابني /ابنتي حالة الطوارئ في حالة المرض او الجروح تتطلب علاج .انا اتمنى ادارة المدرسة القيام بالاجراءات التالية :

توقيع الاباء /اولياء الامور _____ التاريخ _____

العنوان _____