

आकस्मिक मेडिकल अनुमति
O.R.C. 33313.712
कोलम्बस सिटी स्कूल |

विधार्थीको नाम: _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर: _____

विधालय उपस्थित: _____

आवासीय आमाबाबु वा अभिभावक

आमाको नाम: _____

दिनको फोन: _____

बुबाको नाम: _____

अर्को फोन: _____

दिनको फोन: _____

सापेक्ष वा बाल हेरचाह प्रदायकको नाम: _____

सम्बन्ध: _____

फोन: _____

ठेगाना: _____

यस कार्डको पछाडिको भाग । वा ॥ पूरा गर्नुहोस

भाग 1- सहमति प्रदान गर्न

म द्वारा निम्नलिखित चिकित्सा हेरविचार प्रदायकहरू लागि र स्थानीय अस्पतालको लागि सम्पर्क गर्न सहमति दिन्छु।

चिकित्सक: _____ फोन: _____

दन्त चिकित्सक: _____ फोन: _____

चिकित्सा विशेषज्ञ: _____ फोन: _____

स्थानीय अस्पताल: _____ फोन: _____

म अथवा अन्य मेरा आकस्मिक संपर्क ब्यक्तिहरूसंग सम्पर्क नभएको अवस्थामा, म यी निम्न लिखित कुराहरूमा सहमति प्रदान गर्न चाहन्छु 1) कुनै पनि आवश्यक उपचार विधि (सल्यक्रिय बाहेक, निम्न लिखित मध्य) 2) मेरो बच्चालाई तल निम्न लिखित अस्पताल वा अन्य सम्बन्धित पहुँच भएका अस्पतालमा स्थानान्तरण गर्न सकिन्छ। मेरो जानकारी बिना यदि दुई लाईसन्स प्राप्त चिकित्सकहरू सहमत भएमा सल्यक्रिय गर्न सकिन्छ।

बच्चको चिकित्सा इतिहास जस्तै; एलर्जी, औषधी खादै गरेको अवस्था र अन्य शारिरीक अशक्तताको बारेमा चिकित्सक सतर्क रहनु पर्छ :

अभिभावक/ संरक्षकको हस्ताक्षर: _____

ठेगाना : _____

मिति: _____

यदी तपाईंले भाग-१ पुरा गर्नु भएको छ भने भाग-२ नभर्नु होला

भाग II असहमति

म मेरो बच्चको आकस्मिक उपचारको लागि असहमति जनाउछु। यदि मेरो बच्चा बिरामी भएमा अथवा चोटपटक लागेर उपचार गर्नु परेमा म विधालयलको प्रशासनलाई:

अभिभावक/ संरक्षकको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

ठेगाना: _____