

**MUAB IB QHO KEV LUAG NTXHI RAU MENYUAM**  
**Kws Kho Mob/Tus Neeg Mob Kev Sib Cuam Tshuam Qho Yam**  
(GIVE KIDS A SMILE; Limited Doctor/Patient Relationship – HMONG)

**NTAWV TXAUS SIAB RAU KHO**  
(CONSENT TO TREATMENT)

Kuv, \_\_\_\_\_, lees paub tias Dr. \_\_\_\_\_  
yuav kho/kuaj kuv tus menyuam hnuv no nyob rau hnuv “Muab ib qho Kev Luag Ntxhi  
rau Menyuum” raws li kuv tau thov. Kuv paub tias kuv tus menyuam tsuas muaj tuaj  
ntsib tus kws kho hniav hnuv no nkaus xwb. Kuv to taub tias Dr. \_\_\_\_\_ tsis  
yog kuv tus menyuam tus kws kho hniav, thiab kuv tus menyuam tsis yog nws tus neeg  
mob.

Kuv lees paub tias tsis yog kom tus kws kho hniav yuav tsum kho ib qho hniav  
pam puas tsis zoo twg uas tej zaum kuv tus menyuam ho muaj, thiab tias vim los ntawm  
sij hawm tsawg los yog kev mob dab tsi lwm yam uas tej zaum kuv tus menyuam ho  
muaj, tej zaum kuv tus menyuam yuav tsis tau kev kuaj kho hniav kom txhua raws li siab  
xav.

Kuv to taub tias yog tus kws kho hniav ho tawm tswv yim kom muaj kho ntxiv  
tom ntej rau kuv tus menyuam, nws yog kuv lub dej num los mus nrhiav kev kho ntxiv  
dab tsi los xij los ntawm kuv tus menyuam tus kws kho hniav, rooj tsav xwm kev noj qab  
haus huv, kws kho mob ntawm tsev neeg, los yog tsev kho mob chaw kho ti tes ti taw  
yog tias ho muaj li hais.

Kuv tso cai rau lub Minnesota Dental Association thiab nws cov tub hauj lwm siv  
tau kuv tus menyuam thiab kuv daim duab, lub suab, thiab lwm yam kos zoo xws li kuv  
tus menyuam thiab kuv nyob rau txoj kev tshaj qhia paub txog qhov dej num hnuv Muab  
ib qho Kev Luag Ntxhi rau Menyuum thiab nws tej lwm yam tag nrho ua kev tshaj qhia  
paub lawm tom ntej.

Kuv tau nyeem los yog tau muaj lwm tus nyeem rau kuv thiab to taub thiab pom  
zoo rau txhua yam saum toj no, li no kuv thiaj txaus siab kom kho kuv tus menyuam.

Tus Neeg Mob Lub Npe (thov sau ua ntawv loj): \_\_\_\_\_  
(Patient Name (please print))

Niam Txiv los yog Tus Muaj Cai Saib Xyuas Kos Npe: \_\_\_\_\_  
(Parent or Legal Guardian Signature)

Tus Neeg Ua Pov Thawj: \_\_\_\_\_  
(Witness)

Tus Kws Kho Mob Kos Npe: \_\_\_\_\_  
(Doctor Signature)

Hnuv Tim: \_\_\_\_\_  
(Date)