

SII CARRUURTA FARXAD
Xariirka Xaddidan ee Dhaqtarka/Bukkaanka
(GIVE KIDS A SMILE; Limited Doctor/Patient Relationship – SOMALI)

OGOOLAASHO DAAWEYN
(CONSENT TO TREATMENT)

Aniga _____, waxaan aqoonsanahay in Dr. _____ uu daaweynaayo/baaraayo ubadkeeyga maanta inta ey socoto maalinta loo yaqaan “Sii Carruurta Farxad”, iyadoo la raacaayo codsigeeyga. Waan ogahay cilaqaadka ka dhaxeya ubadkeeyga iyo dhaqtarka ilkaha inuu ku kooban yahay baaritaanka manta dhacaya oo keliya. Aniga waxaan fahamsanahay in Dr. _____ uusan eheeyn dhaqtarka ilkaha ee ubadkeeyga, iyo ubadkeeyga in uusan eheeyn bukaankiisa (bukaankeeda).

Aniga waxaan ogahay in dhakhtarka ilkaha uusan waajib kaa saarneeyn in uu ka daaweeyo ubadkeeyga xaaladaha ilkaha uu qabi karo, iyo bacdama waqtiga la heysto uu xaddidan yahay ama xaaladaha qaar ee caafimaad ee ubadkeeyga qabi karo awgood, waxaa dhici karta ubadkeeyga inuuusan helin dhammaan hawlaha ilkaha ee ubadkeeyga uu baahan karo maanta.

Waxaan fahamsanahay in haddii dhaqtarka ilkaha uu ku taliyo in ubadkeeyga uu baahan yahay daaweyn dheeraad ah, waa mas’uuliyadeeyda in aan uga raadiyo xanaano daba-gal ah dhakhtarka ilkaha aasaasiga ah ee ubadkeeyga, waaxda caafimaadka, dhakhtarka qoyska, ama qolka deg-degga ee isbitaalka haddii loo baahdo.

Aniga waxaan siinaaya Ururka Ilkaha Minnesota (Minnesota Dental Association) iyo wakiiladiisa xaq ay ku isticmaalaan masawirkeeyga iyo masawirka ubadkeeyga, codka, iyo waxyaabaha kale ee laga soo saaro isu’ekaashaha jirka ubadkeeyga iyo keyga, la xariira xayeesiinta iyo baahinta barnaamijka maalinta Sii Carruurta Farxad iyo hawlaheeda dhammaan hab kasta lagu baahiyo muddo dheer.

Aniga waan aqristay ama waa ley aqriyay iyo waan fahamsanahay iyo waxaan ka ahay raali dhammaan inta kor ku qoran, iyo iyado lagu saleynaayo qodobada kor ku qoran, aniga halkaan waxaan ku bixinaaya ogolaashada daaweynta ubadkeeyga.

Magaca Bukaanka (fadlan far waweyn) _____
(Patient Name (please print))

Saxiixa Waalidka ama Ilaaliyaha _____
(Parent or Legal Guardian Signature)

Marqaatiga _____
(Witness)

Saxiixa Dhaqtarka _____
(Doctor Signature)

Taariikhda _____
(Date)