

CHO TRẺ EM MỘT NỤ CƯỜI
QUAN HỆ GIỚI HẠN GIỮA BÁC SĨ/BỆNH NHÂN
(GIVE KIDS A SMILE; Limited Doctor/Patient Relationship - VIETNAMESE)

THỎA THUẬN CHO CHỮA TRỊ
(CONSENT TO TREATMENT)

Tôi _____, nhìn nhận là nha sĩ _____ có chữa trị/khám trẻ tôi hôm nay, nhón ngày "Cho Trẻ Em Một Nụ Cười" theo lời yêu cầu của tôi. Tôi biết rằng quan hệ của trẻ tôi với nha sĩ được giới hạn trong ngày khám trẻ tôi hôm nay mà thôi. Tôi hiểu là nha sĩ _____ không phải là nha sĩ của trẻ tôi, và trẻ tôi không phải là bệnh nhân của người này.

Tôi xác nhận là nha sĩ không có nhiệm vụ chữa trị mọi tình trạng nha khoa mà trẻ tôi có thể có, và vì thời gian giới hạn hoặc một số tình trạng y tế của trẻ tôi, có thể trẻ tôi không nhận được tất cả thể thức nha khoa mà trẻ tôi cần có hôm nay.

Tôi hiểu là nếu nha sĩ đề nghị cần chữa trị nhiều hơn cho trẻ tôi, trách nhiệm của tôi là nhờ nha sĩ chánh của trẻ, ban sức khỏe, y sĩ gia đình, hoặc phòng cấp cứu bệnh viện chăm sóc theo dõi nếu cần.

Tôi cho phép Hội Nha Khoa Minnesota và đại diện của Hội quyền được sử dụng hình ảnh, tiếng nói trẻ tôi và của tôi, và các bản sao về sức khỏe thân thể của trẻ tôi và của tôi trong việc quảng cáo và ấn hành chương trình ngày Cho Trẻ Em Một Nụ Cười và các hoạt động của chương trình dưới mọi hình thức truyền thông lâu dài.

Tôi có đọc hoặc được nghe đọc và hiểu cùng thỏa thuận về tất các điều ghi trên, và dựa vào các điều khoản trên, tôi đồng ý cho chữa trị trẻ tôi.

Tên bệnh nhân (bằng chữ in): _____
(Patient Name (please print))

Chữ ký cha mẹ hoặc người giám hộ: _____
(Parent or Legal Guardian Signature)

Người chứng: _____
(Witness)

Chữ ký nha sĩ: _____
(Doctor Signature)

Ngày: _____
(Date)