



Giấy Đồng Ý Cung Cấp Thông Tin Y Tế

Tên Học Sinh: _____ Mã Số Học Sinh (ID#): _____

Ngày Sinh: _____ Giới Tính: Nam (M) | Nữ (F) Khối Lớp: _____

Trường (Campus): _____

Giấy đồng ý này cho phép Bộ Phận Dịch Vụ Y Tế PflISD và các nhân viên của bộ phận được liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ y tế/cơ sở y tế được chỉ định nhằm mục đích trao đổi thông tin chăm sóc sức khỏe liên quan đến học sinh có tên nêu trên. Giấy đồng ý này có giá trị trong một năm học và phải được gia hạn hàng năm.

Bên Yêu Cầu: Bộ Phận Dịch Vụ Y Tế Pflugerville ISD (Pflugerville ISD Health Services Department)

Nhân Viên Dịch Vụ Y Tế Tại Trường: _____

Địa Chỉ: _____

Số Điện Thoại: _____ Số Fax: _____

Cơ Sở Y Tế / Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế: _____

Địa Chỉ: _____

Số Điện Thoại: _____ Số Fax: _____

Cho Phép Thu Thập:

☐ Liên Lạc Thường Xuyên / Liên Tục

☐ Y Lệnh Của Bác Sĩ

☐ Tiền Sử Bệnh Án

☐ Hồ Sơ Tiêm Chủng

☐ Tôi đã được giải thích đầy đủ và hiểu rõ yêu cầu xin sự đồng ý của nhà trường như đã mô tả ở trên.

☐ Tôi cho phép PflISD liên hệ với tôi và/hoặc văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ y tế khi cần thiết.

☐ Tôi hiểu rằng sự đồng ý của tôi là hoàn toàn tự nguyện và có thể bị hủy bỏ bất kỳ lúc nào.

Chữ Ký Của Cha Mẹ / Người Giám Hộ

Ngày

Số điện thoại

Chữ ký của thông dịch viên (nếu có)

Tài liệu này được dịch bằng trí tuệ nhân tạo và có thể chứa lỗi. Phiên bản tiếng Anh gốc là nguồn chính thức và có giá trị pháp lý, và bất kỳ sự khác biệt nào cũng không có giá trị ràng buộc pháp lý. Việc sử dụng bản dịch này hoàn toàn do người dùng tự chịu rủi ro, và một số yếu tố có thể không được dịch chính xác. Bản dịch này chỉ được cung cấp nhằm mục đích thuận tiện.