



ASIAN PACIFIC HEALTH CARE VENTURE, INC.
"working together for community health"

Affix the label here
(Internal Use Only)

第三方同意对未成年人提供治疗授权书

我是 父母
 监护人
 其他有法定监护权的人 _____
(描述合法关系)

(未成年人姓名)_____是未成年人。

我特此授权(代理人名称)_____, 作为我的代理人同意任何 X 光检查, 麻醉, 医疗, 外科或牙科的诊断或治疗, 以及由亚太社区医疗中心 (APHCV) 所属任何持牌医生所推荐的普通或专科医院护理, 无论这种诊断或治疗是在诊所还是在医院。

我明白这项授权是在任何特定的诊断, 治疗或医院护理之前提供的, 以授予上述代理人有权同意由持牌医生或牙医所推荐的任何及所有的诊断, 治疗或医院护理。

该授权是根据“家庭法”第 6910 条的规定。

根据“家庭法”第 6910 条的规定, 我特此授权 APHCV 向上述未成年人提供治疗, 在治疗完成期间将该未成年人的实际监护权授予上述代理人。此授权是根据健康和安全法规第 1283 条。

此项授权有效期到(月/日)_____, 20_____,

除非提前以书面形式向上述代理人提出撤销(以一年为上限)

日期 : _____

签名 : _____

正楷书写姓名: _____

(请圈出以下关系: 父母/法定监护人/持有法定监护权的人)