



Ủy Quyền Cho Người Thứ Ba Để Đồng Ý Điều Trị Cho Bệnh Nhân Dưới Tuổi Vị Thành Niên

Tôi là Cha mẹ
 Người giám hộ
 Người khác có quyền nuôi dưỡng _____
(mối quan hệ pháp lý)

của (Tên của dưới tuổi vị thành niên) _____, dưới tuổi vị thành niên.

Tôi ủy quyền (tên của đại lý) _____, làm đại diện của tôi đồng ý với bất kỳ kiểm tra x-ray, gây mê, chẩn đoán y tế phẫu thuật hoặc nha khoa hoặc điều trị và chăm sóc của bệnh viện đó khuyến bảo, và được kết xuất dưới sự giám sát chung hoặc đặc biệt, bất cứ bác sĩ được cấp phép tại Asian Pacific Health Care Venture, Inc (APHCV), cho dù chẩn đoán hoặc điều trị tại văn phòng của bác sĩ hoặc tại một bệnh viện.

Tôi hiểu rằng ủy quyền này được đưa ra trước bất kỳ chẩn đoán, điều trị hoặc chăm sóc bệnh viện được yêu cầu, được phép của chủ quyền cho đại diện nêu trên để đồng ý với bất kỳ và tất cả các chẩn đoán, điều trị hoặc chăm sóc từ bệnh viện mà một bác sĩ hoặc nha sĩ khuyến bảo.

Việc ủy quyền này được đưa ra theo quy định của Bộ luật Gia đình Mục 6910.

Tôi ủy quyền APHCV điều trị cho người dưới tuổi vị thành niên nêu trên quy định của Bộ luật Gia đình Mục 6910 để nhường cho người khác nuôi giữ trẻ vị thành niên để đại diện trên sau khi kết thúc điều trị. Việc ủy quyền này được đưa ra theo Sức khỏe và An Toàn Phần 1283.

Những ủy quyền sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi (tháng và ngày) _____, 20_____, trừ khi sớm bị thu hồi bằng văn bản gửi đến các đại diện có tên nêu trên (1 năm tối đa)

Ngày : _____

Chữ ký : _____

Viết Tên: _____

(đánh vòng tròn mối quan hệ: Cha mẹ/người giám hộ hợp pháp/người có quyền nuôi dưỡng)