



## GIẤY ỦY QUYỀN CUỘC HẸN NHA KHOA

Tôi ưng thuận cho Nha Sĩ (dentist) và Nha Tá (dental hygienist) của Lincoln-Lancaster County Health Department để đưa ra và thực hiện các chỉ thị, kiểm tra và/hoặc điều trị nha khoa cho con tôi là \_\_\_\_\_, trong sự vắng mặt của tôi cho phù hợp với Health Department lịch làm việc và quy định.

Đồng thời, tôi xin được cử \_\_\_\_\_ (trên 19 tuổi) như là người đại diện và được uỷ quyền với mục đích ưng thuận và bằng lòng cho việc chăm sóc y tế và/hoặc điều trị ở bệnh viện của con tôi (nêu tên ở trên) trong trường hợp có bất cứ sự phản ứng nào của thuốc, bệnh hoặc thương tật trong khi con tôi đang được người uỷ quyền trông coi và tôi không thể có mặt ngay để đưa ra sự ưng thuận.

Từ lần khám nha khoa trước, con của quý vị có sự thay đổi về sức khoẻ (nha khoa và y tế) nào không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_

Dị ứng \_\_\_\_\_

Bác Sĩ gia đình \_\_\_\_\_  
Số điện thoại của Bác Sĩ \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_ Tháng \_\_\_\_\_ Năm \_\_\_\_\_

---

Phụ huynh hoặc người giám hộ (kí tên)

---

Địa chỉ

---

Số điện thoại

---

Người làm chứng

Giấy uỷ quyền này có thể bị mất hiệu lực bất cứ khi nào nếu có văn bản yêu cầu huỷ và hết hạn trong vòng 60 ngày từ ngày kí tên.