

Giấy ủy quyền liên lạc với bác sĩ

Authorisation to contact doctor

Giấy này do cha mẹ/người nuôi dưỡng điền chi tiết bằng tiếng Anh

Tên học sinh _____
Name of student

Tên trường nơi học sinh ghi danh hoặc sẽ ghi danh học

Name of school

Tôi được biết rằng:

1. nhà trường có khi cần phải thảo luận với bác sĩ điều trị về những vấn đề liên quan đến bệnh tật của con tôi để có thể soạn ra và thực hiện kế hoạch chăm sóc sức khỏe riêng cho cháu.
2. thông tin mà nhà trường có thể sẽ tìm hiểu bao gồm thông tin về dị ứng và nguy cơ bị sốc phản vệ của con tôi và bất kỳ bệnh tật nào khác có thể có ảnh hưởng tới khả năng nhà trường trợ giúp cho con tôi trong giờ học và trong những sinh hoạt do nhà trường bảo trợ.

Tôi được biết thông tin do bác sĩ cung cấp cho nhà trường có thể sẽ được nhân viên của trường sử dụng hoặc tiết lộ nhằm mục đích soạn ra hoặc thực hiện kế hoạch chăm sóc sức khỏe riêng.

Tôi ưng thuận cho y bác sĩ có tên dưới đây cung cấp cho Bộ Giáo dục và các Cộng đồng/trường học thông tin về dị ứng và nguy cơ bị sốc phản vệ của con tôi và bất kỳ bệnh tật nào khác, kể cả rối loạn về học tập, có thể có ảnh hưởng tới khả năng nhà trường trợ giúp cho con tôi trong giờ học và trong sinh hoạt liên quan đến trường học.

Chi tiết bác sĩ (Doctor's information) :

Tên bác sĩ: _____
Name of doctor

Địa chỉ của bác sĩ: _____
Address of doctor

Số điện thoại của Bác sĩ: _____
Doctor's phone number

Số điện thoại di động của Bác sĩ, nếu biết: _____
Doctor's mobile

Thư điện tử (email) của Bác sĩ, nếu biết: _____
Doctor's email

Số fax của Bác sĩ, nếu biết: _____
Doctor's fax

Chữ ký của cha mẹ/người nuôi dưỡng _____
Signature of parent/carer

Tên cha mẹ/người nuôi dưỡng (xin viết chữ bằng chữ in) _____
Name of parent/carer