



PHẦN I: PHẦN NÀY DO NHÂN VIÊN XÃ HỘI ĐIỀN				
HỌ đứa trẻ:	TÊN đứa trẻ:	NGÀY SINH của đứa trẻ:	LIÊN KẾT số:	Giới tính của đứa trẻ: <b>Chọn một</b>
Tên công ty bảo hiểm sức khỏe:		Nhóm số:	Hợp đồng số:	Tình trạng pháp lý của đứa trẻ:
HỌ của người đang được phép giữ đứa trẻ:	TÊN của người đang được phép giữ đứa trẻ:	Email của người đang được phép giữ đứa trẻ:	Điện thoại của người đang được phép giữ đứa trẻ:	
Địa chỉ người đang được phép giữ đứa trẻ: (Số nhà, tên đường):		Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu điện:
HỌ nhân viên xã hội:	TÊN nhân viên xã hội:	Email của nhân viên xã hội:	Điện thoại của nhân viên xã hội:	
HỌ của quản lý nhân viên xã hội:	TÊN của quản lý nhân viên xã hội:	Email của quản lý nhân viên xã hội:	Điện thoại của quản lý nhân viên xã hội:	
HỌ của y tá RRG:	TÊN của y tá RRG:	Email của y tá RRG:	Điện thoại của y tá RRG:	
Ngày cứu xét RRG:	Y tá RRG ký tên tắt:	Văn phòng DCF:		
PHẦN II: YẾU CẦU CHO THỦ TỤC ĐIỀU TRỊ CHUYÊN KHOA (DO NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐỦ TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN ĐIỀN)				
Tên của Nhà chăm sóc sức khỏe đủ trình độ chuyên môn / Văn phòng y khoa chuyên khoa / Nhà chăm sóc sức khỏe:				Điện thoại:
Địa chỉ:		Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu điện:
Chẩn đoán / Lý do / Phương pháp điều trị:				
Tên của thủ tục hoặc phương pháp điều trị:		Phương pháp gây mê sẽ được sử dụng (nếu có):		
Mô tả thủ tục hoặc phương pháp điều trị, gồm cả rủi ro/lợi ích:				
Mô tả những phương pháp thay thế cho thủ tục hoặc phương pháp điều trị được đề nghị (nếu có):				
Nhu cầu chăm sóc trước giải phẫu (nếu có):		Ngày thực hiện xong khám tổng quát trước giải phẫu:		
Nhu cầu chăm sóc sau giải phẫu (nếu có):		Ngày hẹn tái khám:		
Nhận xét/ý kiến:				
Tên nhà chăm sóc sức khỏe:		Nhà chăm sóc sức khỏe ký tên:		Ngày:
PHẦN III: NGƯỜI KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY, LÀ NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN CHẤP THUẬN THAY CHO ĐỨA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN CÓ TÊN BÊN TRÊN, ĐÃ XEM VÀ ĐỌC BẢN GIẢI THÍCH DO NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐỦ TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN ĐƯA RA, THỎA THUẬN NƠI ĐÂY CHO PHÉP THỰC HIỆN THỦ TỤC HOẶC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ NÀY.				
Tên của cha, hay mẹ (nếu đứa trẻ/thanh thiếu niên đang thuộc lệnh tòa được trông nom tạm thời OTC)		Cha, hay mẹ, ký tên:		Ngày:
Tên của nhân viên quản lý chương trình DCF (hoặc bên trên)		Nhân viên quản lý chương trình DCF (hoặc bên trên) ký tên:		Ngày:
GIẤY THỎA THUẬN SAU KHI THÔNG HIỂU SẼ HẾT HẠN 30 NGÀY SAU NGÀY KÝ TÊN HOẶC 30 NGÀY SAU NGÀY KHÁM TỔNG QUÁT TRƯỚC GIẢI PHẪU, TÙY NGÀY NÀO ĐẾN TRƯỚC.				

