



Your health. Our care.

CONSENT LETTER FOR MEDICAL EXAMINATIONS AND/OR TREATMENT BY GUARDIAN OR CAREGIVER WHEN UNACCOMPANIED BY PARENT(S)

Name: ID/Passport No:
Mother Father Legal Guardian
for Date of birth:
Son Daughter

I hereby permit Hanoi Family Medical Practice's medical staff to render medical examination and treatment as may be needed to my son/daughter in accordance with FMP medical staff professional discretion .

I have read this form and certify that I understand its contents.

Accordingly,

We/I hereby give my consent to ID/ Passport No:
(Name of Person)

who will be caring for my child to Hanoi Family Medical Practice for today's medical examinations and/or treatment.

We/I acknowledge that we are (I am) responsible for all reasonable charges in connection with care and treatment rendered during this period.

Signature: Date:
(Mother, Father or Legal Guardian)

In case of emergency I can be reached at mobile

Email



**THƯ ỦY QUYỀN VIỆC KHÁM & ĐIỀU TRỊ BỆNH
BỞI PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ KHI VẮNG MẶT**

Họ & Tên:..... Số CMND/Hộ chiếu:.....

Mẹ Cha Người giám hộ hợp pháp

Đối với Ngày sinh:.....

Con trai Con gái

Để tuân thủ theo nội quy bảo mật thông tin y tế của người bệnh tại FMP Hanoi, sau đây tôi xin xác nhận việc đồng ý cho phép đội ngũ nhân viên y tế của Family Medical Practice Hanoi cung cấp các thông tin liên quan tới việc thăm khám và điều trị cần thiết của con trai/con gái tôi cho người được ủy quyền dưới đây.

Tôi xin cam đoan đã đọc và hiểu rõ nội dung của thư ủy quyền này. Tôi/chúng tôi, xin xác nhận đã ủy nhiệm ông/bà Số CMND/Hộ chiếu:.....

(Họ tên người được ủy nhiệm)

là người sẽ chịu trách nhiệm đưa con tôi tới thăm khám và điều trị, chăm sóc tại Family Medical Practice Hanoi ngày hôm nay. Tôi/chúng tôi xin xác nhận rằng tôi/chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán mọi chi phí phát sinh liên quan tới việc điều trị và thăm khám trong thời gian này.

Chữ ký: Ngày:

(Mẹ, Cha hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp)

Trong trường hợp khẩn cấp, có thể liên hệ tôi thông qua số điện thoại

Email.....



Your health. Our care.

保護者同意書

Consent for Medical Examinations and/or Treatment by Guardian or Caregiver When Unaccompanied by Parent(s)

保護者の同伴を伴わない16歳以下の患者様の診療・検査にあたり、保護者による同意書及び委任状の作成をお願いしております。

Name: _____

ID/Passport No. _____

Relationship: mother father Legal Guardian

続柄 母 父 法的保護者

Patient's Name:

患者氏名

Patient's DOB: _____

生年月日

Hereby voluntarily consent to the rendering such care, including medical examination and/or treatment, by authorized members of the clinic staff or their designees, as may in their professional judgement be necessary.

私は、ファミリーメディカルプラクティス・ハノイの医師・医療スタッフにより医療的に必要と判断された診療・検査・治療を行うことに同意し、

Accordingly I/We hereby give my/our consent to:

下記の同伴者に委任します。

ID/Passport No. _____

(Name of the person - 代理人氏名)

who will be caring for my child/children to Hanoi Family Medical Practice for today's medical examinations and/or treatment.

We/I acknowledge that we are/ I am responsible for all reasonable charges in connection with care and treatment rendering during this period.

治療に関する診療・検査・治療諸費用の支払い、または保険書類手続きは私に責任があることを認めます。

Signature: _____

署名

Date: _____

In case of emergency, I can be reached at mobile _____

緊急時連絡先:

Email: _____



부모가 동반하지 않을 경우 의료검진 및 치료를 위한 동의서

이름:.....

여권번호:.....

어머니 아버지 법적 보호자

.....

생년월일:.....

아들 딸

본인은 패밀리메디컬 의료진의 전문적인 재량에 따라 검사 및 치료를 하는데 동의합니다. 본인은 이 양식을 읽었으며 이 내용을 이해하고 있음을 증명합니다.

따라서,

본인은 오늘 검사 및 진료를 위하여 여권번호:.....

(이름)

에게 동의서를 전달하며, 기입된 날짜내의 검사 및 치료와 관련된 사항에 관하여 책임이 있음을 인지하고 있습니다.

싸인: 날짜:

(어머니, 아버지, 법적보호자)

응급상황 발생시 연락가능한 연락처

이메일.....