

اسم المريض _____
رقم هوية الطالب _____ تاريخ الميلاد _____ العمر _____
[يوضع هنا ملصق المريض] أو
الاسم المفضل إذا كان مختلفًا عن الاسم المذكور أعلاه: _____

موافقة/تصريح الوالد/الوصي بعلاج القاصر

معلومات المريض/الطالب

اسم المريض/الطالب: _____ رقم هوية الطالب _____
العنوان المحلي: _____ المدينة: _____ الولاية: _____
الهاتف المحلي - منزل: _____ جوال: _____ العمل: _____
تاريخ الميلاد: _____/_____/_____

يستكمل الوالد/الوصي ما يلي

أوافق على أن يقوم موفرو خدمة Student Health Service (الرعاية الصحية للطلاب) بجامعة أيوا، وطاقم العمل بتقديم ما يلي لطفلي في حالة ضرورة توفر العناية الطبية أثناء قيد طفلي في جامعة أيوا.

نعم، أوافق على أن يقوم موفرو خدمة Student Health Service (الرعاية الصحية للطلاب) بجامعة أيوا، وطاقم العمل بتقديم الرعاية الطبية للطلاب عندما يكون ذلك ضروريًا أثناء قيده في جامعة أيوا.

لا، لا أمنح تصريحًا لخدمة Student Health Service (الرعاية الصحية للطلاب) لتقديم الرعاية الطبية. عند وجود أمر يتعلق بمسائل طبية، يرجى الاتصال على:

الاسم: _____

الهاتف: (المنزل) _____ (العمل) _____ (الجوال) _____

اسم الوالد/الوصي بخط واضح

توقيع الوالد/الوصي _____ التاريخ _____

عنوان الشارع: _____ الدولة: _____

المدينة: _____ الولاية: _____

الهاتف: (المنزل) _____ (العمل) _____ (الجوال) _____

يرجى عمل مسح ضوئي للمستند، وإرساله بالبريد الإلكتروني إلى: student-health@uiowa.edu أو بالفاكس إلى

1-319-335-7247