

**Student Health Service**

(學生健康服務部)

4189 Westlawn

Iowa City, Iowa 52242-1110

319-335-8392

傳真 319-335-8249

<http://studenthealth.uiowa.edu>

「 [患者標籤貼於此處]或 患者姓名 _____
學生證號碼 _____ 出生日期 _____ 年齡 _____
」 常用名 (若與以上不同) : _____

家長/監護人授權/同意治療未成年子女**患者/學生資訊**

患者/子女姓名 : _____ 學生證號碼 _____
本地地址 : _____ 市 : _____ 州/省 : _____
本地電話 – 住宅 : _____ 手機 : _____ 工作 : _____
出生日期 : _____ / _____ / _____

患者/監護人填寫以下內容

本人授予愛荷華大學 Student Health Service (學生健康服務部) 健康護理提供者和員工許可, 在本人子女就讀愛荷華大學期間需要醫療照顧時提供以下服務。

____ 是, 本人授予愛荷華大學 Student Health Service (學生健康服務部) 健康護理提供者和員工許可, 在本人學生就讀愛荷華大學期間必要時提供醫療護理。

____ 否, 本人不授予愛荷華大學 Student Health Service (學生健康服務部) 許可提供醫療護理。
醫療問題, 請聯絡:

姓名 : _____

電話 : (住宅) _____ (工作) _____ (手機) _____

家長/監護人請以正楷填寫

父母/監護人簽名

日期

街道地址 : _____

國家 : _____

市 : _____

州/省 : _____

電話 : (住宅) _____ (工作) _____ (手機) _____

請掃描並透過電郵發送至 : student-health@uiowa.edu 或傳真至 : 1-319-335-7247。