

نام بیمار \_\_\_\_\_  
شماره شناسایی دانشجو \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_ سن \_\_\_\_\_  
نام ترجیحی در صورتی که با بالا فرق داشته باشد: \_\_\_\_\_  
[ برچسب بیمار در اینجا زده می شود ] یا

### رضایت نامه/اجازه نامه والد/سرپرست برای درمان فرزند صغیر

#### اطلاعات بیمار/دانشجو

نام بیمار/فرزند: \_\_\_\_\_ شماره شناسایی دانشجو \_\_\_\_\_  
نشانی محلی: \_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_ ایالات: \_\_\_\_\_  
تلفن محلی – منزل: \_\_\_\_\_ تلفن همراه: \_\_\_\_\_ کار: \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### والد/سرپرست قسمت زیر را تکمیل کند

من به ارائه کنندگان و کارکنان مراقبت درمانی Student Health Service بخش ( خدمات درمانی دانشجویی ) دانشگاه آیوا اجازه می دهم تا در صورتی که فرزند من نیاز به توجه پزشکی داشته باشد در زمانی که مشغول به تحصیل در دانشگاه آیوا است، خدمات زیر را فراهم کنند.

بله، من به ارائه کنندگان و کارکنان مراقبت درمانی بخش Student Health Service (خدمات درمانی دانشجویی) دانشگاه آیوا اجازه می دهم تا در صورت لزوم در زمانی که دانشجوی من مشغول به تحصیل در دانشگاه آیوا می باشد، مراقبت پزشکی را برای او فراهم کنند.

خیر، من به بخش Student Health Service (خدمات درمانی دانشجویی) دانشگاه آیوا اجازه نمی دهم تا مراقبت پزشکی فراهم کنند.

برای مسائل پزشکی، لطفاً با این فرد تماس بگیرید:

نام: \_\_\_\_\_  
شماره تلفن: (منزل) \_\_\_\_\_ (کار) \_\_\_\_\_ (تلفن همراه) \_\_\_\_\_

والد/سرپرست لطفا بنویسید

امضای والد/سرپرست

تاریخ

نشانی خیابان: \_\_\_\_\_

کشور: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_

ایالت: \_\_\_\_\_

شماره تلفن: (منزل) \_\_\_\_\_ (کار) \_\_\_\_\_ (تلفن همراه) \_\_\_\_\_

(تلفن همراه)

لطفا اسکن و به این نشانی ایمیل کنید: [student-health@uiowa.edu](mailto:student-health@uiowa.edu) فاکس یا - یا به شماره 1-319-335-7247 فاکس کنید.