



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

MGA SERBISYONG PANGKALUSUGAN

PAHINTULOT SA PAGGAMOT NG MENOR DE EDAD

Pangalan ng Menor de edad na Pasyente: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Pangalan ng Lahat ng Magulang at/o Legal na Tagapangalaga na mayroong Awtoridad sa Pagpapahintulot sa Medikal na Paggamot para sa Menor de edad na Pasyente: _____

Pangalan ng Magulang o Legal na Tagapangalaga na Sumasagot sa Form na Ito: _____

Kaugnayan sa menor de edad: _____

Kung Nagbabahagi ng Kustodiya ng Menor de Edad sa Isa Pang Magulang – Mayroon ka bang LEGAL na kustodiya sa menor de edad? (Mayroon/Wala) _____

ng Telepono: _____

Sa pagkompleto at paglagda sa form na ito, sumasang-ayon ako sa medikal o pangngiping paggamot ng menor de edad na pinangalanan sa itaas, at ipinapakita kong mayroon akong legal na awtoridad na gawin ito bilang magulang o legal na tagapangalaga ng menor de edad, na may pag-unawang maaaring hilingin sa akin ng KANA na magbigay ng nakasulat na katibayan ng naturang awtoridad. Sinasang-ayunan ko pa ang paggamot ng KANA ng menor de edad na pinangalanan sa itaas sa mga sumusunod na pangyayari:

- Pangangalagang Pang-emergency:** Pinahihintulutan ko ang KANA at ang mga tauhan sa pangangalagang pangkalusugan nito na magbigay ng pang-emergency na medikal na pangangalaga sa menor de edad na pinangalanan sa itaas, kung tinukoy ng kanilang propesyonal na pagpapasya na kinakailangan para mapanatili ang buhay, kaligtasan, at kapakanan ng menor de edad, kung saan hindi magagawa o hindi praktikal na makipag-ugnayan sa akin (o sa isa pang magulang o legal na tagapangalaga) bago ibigay ang naturang pangangalaga. Nauunawaan kong susubukan pa rin ng KANA na makipag-ugnayan sa akin (o sa isa pang magulang o legal na tagapangalaga) sa lalong madaling panahon, nang hindi nagdudulot ng pagkaantala sa pang-emergency na paggamot o pangangalaga sa menor de edad.
- Pangangalagang Hindi Pang-emergency:** Pinahihintulutan ko ang KANA at ang mga tauhan sa pangangalagang pangkalusugan nito, kasama ang sa ngipin, na magbigay ng karaniwang medikal na pangangalaga para sa maliliit na pinsala o karamdaman sa menor de edad na pinangalanan sa itaas, kung tinukoy ng kanilang propesyonal na pagpapasya na ipinapayo para sa paggamot, pangangalaga at kapakanan ng menor de edad, sa mga pangyayari kung saan hindi ko kasama (o ng isa pang magulang o legal na tagapangalaga) ang menor de edad, at hindi magawa ng KANA na makipag-ugnayan sa akin (o sa isa pang magulang o legal na tagapangalaga).
- Pangangalagang Hindi Pang-emergency Kung Saan May Kasamang Nasa Hustong Gulang:** Pinahihintulutan ko ang KANA at ang mga tauhan sa pangangalagang pangkalusugan nito, kasama ang sa ngipin, na magbigay ng karaniwang medikal na pangangalaga sa menor de edad na pinangalanan sa itaas, kung tinukoy ng kanilang propesyonal na pagpapasya na ipinapayo para sa paggamot, pangangalaga at kapakanan ng menor de edad, kung saan hindi ko kasama (o ng isa pang magulang o legal na tagapangalaga) ang menor de edad pero kasama niya ang isa sa mga sumusunod na indibidwal:

Pangalan: _____

Kaugnayan sa Menor de edad: _____

Pangalan: _____

Kaugnayan sa Menor de edad: _____

Pangalan: _____

Kaugnayan sa Menor de edad: _____

Mawawalan ng bisa ang form ng pahintulot na ito sa loob ng isang (1) taon mula sa petsa ng paglagda sa ibaba, maliban kung isaad kong dapat itong mawalan ng bisa sa susunod na petsa o pangyayari: _____

Nauunawaan kong sa ilalim ng batas ng Alaska, A.S. 25.20.025, may karapatan ang mga menor de edad na pasyente na sumang-ayon sa sarili nilang medikal na pangangalaga sa mga sumusunod na pangyayari:

- Hiwalay na naninirahan ang menor de edad sa mga magulang o legal na tagapangalaga ng menor de edad at ang menor de edad mismo ang namamahala sa sariling mga usapin sa pananalapi, anuman ang pinagkukunan o sakop ng kita;
- Hindi magawang makipag-ugnayan sa magulang o legal na tagapangalaga ng menor de edad, o kung nakaugnayan, ay hindi sila handang magbigay o pigilan ang pahintulot;
- Naghahanap ang menor de edad ng diagnosis, pagpigil, o paggamot para sa pagbubuntis;
- Naghahanap ang menor de edad ng diagnosis o paggamot ng impeksyon/sakit na nakukuha sa pakikipagtalik; o
- Ang menor de edad ay magulang ng bata at maaaring magbigay ng pahintulot sa mga serbisyong medikal at serbisyo sa ngipin para sa menor de edad na bata.

Higit ko pang nauunawaan na kung humihiling ang menor de edad ng pangangalaga sa kanyang ngalan, wala akong karapatan sa pag-access ng impormasyong nauugnay sa naturang pangangalaga sa pangkalahatan.

Sa paglagda sa form ng pahintulot na ito, ipinapakita ko sa KANA na may legal na awtoridad akong gumawa ng mga desisyong nauugnay sa medikal na pangangalaga ng menor de edad na pasyente.

Lagda: _____ **Petsa:** _____

Kailangan ang dalawang saksi para sa pasalitang pahintulot

Saksi: _____ **Petsa:** _____

Saksi: _____ **Petsa:** _____

Para Lang sa Paggamit ng KANA:

Ginawa ang Pag-intake ni: _____ MRN: _____ Petsa: _____