

លិខិតយល់ព្រមពីមាតាបិតាសម្រាប់ទាក់ទងពេទ្យមានសន្តិសុខ

55 PA CODE CHAPTERS 3270.124(a)(b), 3270.181 & 182, 3280.124(a)(b), 3280.181 & 182, 3290.124(a)(b), 3290.181 & 182

ឈ្មោះ លិស្ស៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		
អាស័យដ្ឋាន			
ឈ្មោះ ម្តាយ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់	លេខទូរសព្ទផ្ទះ		
អាស័យដ្ឋានអ៊ីមែល	លេខទូរសព្ទដៃ		
អាស័យដ្ឋាន			
ឈ្មោះ អាជីវកម្ម	លេខទូរសព្ទអាជីវកម្ម		
អាស័យដ្ឋាន			
ឈ្មោះ ឪពុក/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់	លេខទូរសព្ទផ្ទះ		
អាស័យដ្ឋានអ៊ីមែល	លេខទូរសព្ទដៃ		
អាស័យដ្ឋាន			
ឈ្មោះ អាជីវកម្ម	លេខទូរសព្ទអាជីវកម្ម		
អាស័យដ្ឋាន			
អ្នកដែលត្រូវទាក់ទងទៅនៅពេលមានអាសន្ន	ឈ្មោះ	លេខទូរសព្ទនៅពេលក្មេងស្ថិតនៅក្នុងការថែទាំ	
បុគ្គលដែលអាចមកយកក្មេងបាន	ឈ្មោះ	អាស័យដ្ឋាន	លេខទូរសព្ទនៅពេលក្មេងស្ថិតនៅក្នុងការថែទាំ
ឈ្មោះ គ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព របស់ក្មេង	លេខទូរសព្ទ		
អាស័យដ្ឋាន			
ពិការភាពពិសេស (ប្រសិនបើមាន)	ប្រតិកម្មនឹងអ្វីមួយ (រួមទាំងប្រតិកម្មថ្នាំ)		
ព័ត៌មានអំពី វេជ្ជសាស្ត្រ ឬ របបអាហារ ចាំបាច់ក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន	ថ្នាំ ល្បីក្នុងស្ថានភាពពិសេស		
ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតម្រូវការពិសេសរបស់ក្មេង			
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ក្មេង ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលផ្ទេរជូន	លេខធានារ៉ាប់រង (POLICY NUMBER) (ត្រូវការ)		
ត្រូវការហត្ថលេខារបស់មាតាបិតាសម្រាប់អ្វីមួយខាងក្រោមនេះ ដើម្បីបង្ហាញពីការយល់ព្រមពីមាតាបិតា			
ការទទួលបានការព្យាបាលបន្ទាន់	វិធីផ្តល់ការព្យាបាលក្មេងបន្ទាន់ (ADMIN. OF MINOR FIRST - AID PROCEDURES)		
ការដើរ និងការធ្វើដំណើរ	ហែលទឹក		
ការដឹកជញ្ជូនដោយយាន្តជំនិះ	ដើរកាត់ទឹក		

ពិនិត្យឡើងវិញតាមកាលកំណត់

ហត្ថលេខារបស់ មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល

ថ្ងៃខែឆ្នាំ

