

医疗/牙科服务授权

Medical / Dental Services Authorization

领有执照的服务提供者：请在为由您监护的接受自愿安置服务的儿童向发育性残疾服务管理处寻求急诊或常规医疗服务时，携带此表格。

兹证明 \_\_\_\_\_ ， \_\_\_\_\_  
儿童姓名 出生日期

正在接受社会福利服务部发育性残疾服务管理处提供的自愿安置服务。

亲生/领养父母或合法监护人授权 \_\_\_\_\_  
领有执照的服务提供者

按照儿童的持照治疗医疗服务提供者的推荐，获取常规和急诊医疗和牙科检查护理并签字。此常规护理包括儿童健康体检、免疫接种、视力和/或听力筛查、常规病患儿童护理以及定期口腔检查和治疗。

非急诊护理（例如，咨询与治疗、外科手术、艾滋病毒测试、耳管插入、神经系统检查、牙齿矫正等）必须提前询问亲生/领养父母或法定监护人的意见，并征求其同意。

家长/监护人签名	电话号码	日期
领有执照的服务提供者签名	电话号码	日期
DSHS/DDA 社会工作人员签名（见证人）	电话号码	日期

该表格按照 RCW 7.70.065 — 知情同意书 2(a)(iv) 部分编写。

如果发生同该儿童相关的紧急情况，领有执照的提供者有责任立即联系以上列出的儿童亲生/领养父母或监护人以及发育性残疾服务管理处 (DDA)、自愿安置服务 (VPS)/社会工作人员。