

University of Nebraska v Kearney

Souhlas s lékařským ošetřením nezletilého zahraničního studenta

Ve státě Nebraska je nutné před provedením lékařského vyšetření nebo poskytnutím léčby jakémukoli studentovi mladšímu 19 let získat souhlas rodičů. Tento dokument opravňuje UNK poskytnout nezletilému studentovi lékařské služby zahrnující:

- vyhodnocení a léčbu nemocí a zranění,
- akutní/pohotovostní péči,
- služby behaviorálního zdraví poskytované poradcem a/nebo poskytovatelem lékařské péče.

To zahrnuje (nejen) prevenci nebo léčbu zranění, neodkladnou první pomoc, lékařské prohlídky, následné prohlídky, předepisování léků a řízení medikace, poradenství nebo jiné služby a doporučení týkající se tělesného nebo behaviorálního zdraví, které jsou považovány za nezbytné.

Upozorňujeme, že tomuto souhlasu automaticky vyprší platnost, jakmile vaše nezletilé dítě/svěřenec dovrší věk 19 let. Je důležité poznamenat, že jakmile vaše dítě/svěřenec dovrší věk 19 let, budeme vyžadovat jeho autorizaci, než vám sdělíme jakékoli lékařské informace.

Podpisem níže berete vy a váš student na vědomí, že jste si důkladně a s porozuměním přečetli tento dokument. Dále udělujete organizaci UNK Student Health and Counseling povolení vyhodnotit a poskytnout nezbytnou léčbu na základě uvážení její vhodnosti. Naskenujte tento podepsaný dokument a zašlete jeho kopii e-mailem na adresu unkhealth@unk.edu.

Jméno studenta (tiskace): _____

Datum narození studenta: _____

Podpis studenta: _____ Datum: _____

Jméno rodiče/opatrovníka (tiskace): _____

Podpis rodiče/opatrovníka: _____ Datum: _____

V případě jakýchkoli dotazů můžete napsat e-mail nebo volat: unkhealth@unk.edu nebo 308-865-8218.

UNK[®] STUDENT HEALTH & COUNSELING

University of Nebraska - Kearney Consent for Medical Treatment of a Minor International Student

In Nebraska, it is mandatory to obtain parental consent before administering medical examination or treatment to any student under the age of 19. This document grants authorization to UNK for providing medical services to your minor student, which includes:

- Assessment and treatment of illnesses and injuries
- Urgent/Emergency Care
- Behavioral health services with a counselor and/or medical provider

This includes, but is not limited to, injury prevention and treatment, immediate first aid, physical examinations, follow-up examinations, prescription and medication management, counseling or any other medical or behavioral health-related services and referrals deemed necessary.

Please be aware that this consent will automatically expire when your minor student/ward turns 19 years old. It's important to note that after your child/ward reaches 19 years of age, we will require their authorization before sharing any medical information with you.

By signing below, both you and your student acknowledge that you have thoroughly read and comprehended the document. Furthermore, you are granting permission to UNK Student Health and Counseling to evaluate and provide necessary treatment as deemed appropriate. Please send a copy of this signed document through email after scanning at unkhealth@unk.edu.

Student Name (printed): _____

Student Date of Birth: _____

Student Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Name (printed): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Please feel free to email or call with any questions. unkhealth@unk.edu or 308-865-8218.