

**GIVE KIDS A SMILE (ສ້າງຮອຍຍິ້ມໃຫ້ແກ່ເດັກນ້ອຍ)**  
**ການຈຳກັດຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງທ່ານໝໍ/ຄົນເຈັບ**

**ຄຳຍິນຍອມສຳລັບການປິ່ນປົວ**

ຂ້າພະເຈົ້າ \_\_\_\_\_, ຮັບຮູ້ວ່າ ທ່ານໝໍ Dr. \_\_\_\_\_ ກຳລັງໃຫ້ການປິ່ນປົວ/ກວດເບິ່ງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕາມຄຳຮ້ອງຂໍ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນມື້ນີ້ ເນື່ອງໃນວັນ “Give Kids a Smile”. ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ດີວ່າ ຄວາມສຳພັນກ່ຽວກັບປິ່ນປົວຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າກັບທ່ານໝໍປົວແຂ້ວ ແມ່ນມີຂອບເຂດຈຳກັດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ທ່ານໝໍ Dr. \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ ໝໍປົວແຂ້ວປະຈຳຕົວຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າ, ແລະອີກຢ່າງນຶ່ງ ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ກໍ່ບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບປະຈຳຂອງທ່ານໝໍນີ້ເຊັ່ນດຽວກັນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ທ່ານໝໍແຂ້ວບໍ່ມີໜ້າທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວສະພາບບັນຫາແຂ້ວໃດໆ ທີ່ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດມີ, ແລະເນື່ອງຈາກວ່າເວລາມີຈຳກັດ ຫລື ຍ້ອນສະພາບບັນຫາດ້ານການແພທສະເພາະໃດນຶ່ງ ທີ່ລູກຂ້າພະເຈົ້າອາດມີ, ສະນັ້ນ ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ອາດບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວແຂ້ວຕາມຂັ້ນຕອນພຶດທຸກຢ່າງ ຕາມຄວາມຕ້ອງການໃນມື້ນີ້ ກໍ່ເປັນໄດ້.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າວ່າທ່ານໝໍແຂ້ວແນະນຳການປິ່ນປົວເພີ່ມເຕີມໃດໆ ໃຫ້ແກ່ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະເປັນຜູ້ພາເຂົ້າໄປຊອກຫາການປິ່ນປົວເຫຼົ່ານັ້ນ ຈາກທ່ານໝໍປົວແຂ້ວປະຈຳຕົວຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າ, ຈາກພະແນກສຸຂະພາບ, ທ່ານໝໍປະຈຳຄອບຄົວ, ຫລືຫ້ອງສຸກເສີນໃນໂຮງໝໍ ຖ້າວ່າ ຈຳເປັນ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ Minnesota Dental Association (ສະມາຄົມແຂ້ວແຫ່ງຣັຖມິນິໂຊຕາ) ແລະຕົວແທນຂອງສະມາຄົມ ມີສິດໃຊ້ຮູບພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າ, ສຽງ, ແລະສິ່ງທີ່ຄ້າຍຄືກັນອື່ນໆ ຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າແລະຕົວຂ້າພະເຈົ້າເອງ ເພື່ອການໂຄສະນາແລະການຕີພິມຂອງໂຄງການວັນ Give Kids a Smile ແລະກິດຈະກຳຕ່າງໆ ທີ່ຢູ່ໃນຮູບແບບຂອງສື່ໂຄສະນາຢ່າງຖາວອນ.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລືໄດ້ຟັງ ແລະເຂົ້າໃຈ ແລະເຫັນພ້ອມນຳຂໍ້ຄວາມທັງໝົດຂ້າງເທິງນີ້, ແລະອີງຕາມຂໍ້ຄວາມຂ້າງເທິງນີ້, ດຽວນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ມີການປິ່ນປົວລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້.

ຊື່ຄົນເຈັບ (ກະຮຸນາຂຽນຕົວພິມໃຫຍ່): \_\_\_\_\_

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ ຫລືຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ: \_\_\_\_\_

ພະຍານ: \_\_\_\_\_

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານໝໍ: \_\_\_\_\_

ວັນທີ: \_\_\_\_\_