

## Formularz upoważnienia dot. wydania informacji medycznych w ramach programu AYA (tłumaczenie na j. polski „AYA Medical Authorisation Release Form”)

My, jako rodzice/pełnomocnicy ustawowi \_\_\_\_\_, uczestnika programu AYA (Rok Szkolny w Stanach Zjednoczonych) Fundacji AIFS, niniejszym upoważniamy personel Fundacji AIFS, personel programu AYA, amerykańskich rodziców goszczących oraz Lokalnego Koordynatora AYA, jako naszych przedstawicieli, do wyrażenia zgody na postawienie wszelkiej diagnozy medycznej, leczenie lub opiekę, którą/które uprawniony lekarz lub szpital uzna za konieczną/konieczne ze względów medycznych dla naszego/naszej syna/córki podczas ich uczestnictwa w programie AYA.

W przypadku zaistnienia sytuacji awaryjnej bądź nieawaryjnej wymagającej leczenia, niniejszym zezwalamy na świadczenie wszelkiej opieki medycznej i/lub dentystycznej na rzecz ww. Uczestnika. Zezwolenie to obejmuje, między innymi, udzielenie pierwszej pomocy, użycie ambulansu oraz podanie znieczulenia i/lub przeprowadzenie operacji według zalecenia wykwalifikowanego personelu medycznego. Przyjmujemy, że kontakt z najbliższym krewnym ww. Uczestnika lub z osobą wyznaczoną do kontaktów w razie sytuacji awaryjnej może zostać nawiązany bez naszej wcześniejszej zgody.

Upoważniamy wszelkie zakłady świadczące opiekę zdrowotną do wydania informacji medycznych nt. zdrowia i stanu ww. Ucznia personelowi programu AYA, Lokalnemu Koordynatorowi AYA i/lub ich ubezpieczycielowi/służbom wsparcia w sytuacji awaryjnej. Upoważniamy do wydania dokumentacji medycznej związanej z historią choroby ww. Uczestnika, jego stanem psychicznym lub fizycznym, w tym, między innymi, zdjęć rentgenowskich, badań laboratoryjnych, uwag dotyczących psychoterapii oraz innych informacji nt. zdrowia psychicznego, informacji nt. zażywania narkotyków, spożycia alkoholu lub innych substancji kontrolowanych, korespondencji, oraz innej istotnej dokumentacji.

Przyjmuje się, że tego upoważnienia nie udziela się przed postawieniem jakiegokolwiek konkretnej diagnozy, przeprowadzeniem leczenia lub świadczeniem wymaganej opieki szpitalnej, natomiast udziela się je w celu nadania uprawnień ww. przedstawicielom do wydania odpowiedniej zgody na postawienie wszelkich takich diagnoz, przeprowadzenie leczenia lub świadczenie opieki szpitalnej, jeżeli jest to uznane za zalecane według najlepszego osądu ww. lekarza lub chirurga. Przyjmujemy, że niniejsze porozumienie z Fundacją AIFS nie może być zmienione, chyba, że zmiana dokonywana jest w formie pisemnej przez Fundację AIFS, oraz że niniejsze upoważnienie może zostać uchylone w każdym czasie za pisemnym powiadomieniem dostarczonym do programu AYA i wygasa ono z chwilą ukończenia programu AYA przez Uczestnika lub wypowiedzenia jego uczestnictwa w tym programie.

Imię i nazwisko ucznia	podpis	data
Imię i nazwisko rodzica/pełnomocnika ustawowego	podpis	data
Imię i nazwisko rodzica/pełnomocnika ustawowego	podpis	data