

## การให้อำนาจของบิดามารดาสำหรับการดูแลรักษาทางการแพทย์และการผ่าตัด

ถึง \_\_\_\_\_  
ชื่อของผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้า ซึ่งลงนามไว้ด้านล่างนี้ เป็นบิดา/มารดาของ \_\_\_\_\_

เกิด \_\_\_\_\_ เด็กผู้เยาว์ซึ่งท่านได้ยื่นคำร้องเพื่อขอรับบุตรบุญธรรม

ในที่นี่ ให้อำนาจแก่ท่านในการลงนามให้ความยินยอมใดๆ สำหรับการดูแลทางการแพทย์ รวมถึง การตรวจ การรักษา กระบวนการวินิจฉัยโรค การฉีดวัคซีน และการสร้างภูมิคุ้มกันโรค และสำหรับการผ่าตัด ซึ่งแพทย์ที่มีชื่อเสียงแนะนำ หรือเห็นว่าจำเป็นสำหรับเด็กดังกล่าว การให้อำนาจนี้มีผลจนกว่าการรับบุตรบุญธรรมจะได้รับการยินยอม หรือจนกว่าเด็กจะถูกย้ายออกจากบ้านของท่าน

วันที่ลงนาม \_\_\_\_\_ ของเดือน \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

ลายมือชื่อของผู้ปกครอง \_\_\_\_\_

เป็นพยานโดย

\_\_\_\_\_