

SOLICITUD PARA COMPLETAR FORMULARIOS
(FORM COMPLETION REQUEST – SPANISH)

Como recordatorio, el paciente debe estar al día con sus exámenes médicos de rutina antes de poder completar cualquier formulario. Complete la sección para los pacientes y los padres o tutores legales del formulario antes de mandar el documento al médico de la clínica para que lo complete. Si estas secciones no están completas, puede que el médico no pueda completar el formulario.

Autorizo a Children's Minnesota a completar el formulario/los formularios y a enviar la información tal y como se indica a continuación. *Este consentimiento solo podrá ser revocado por escrito. El paciente debe firmar el formulario si tiene 18 o más años.*

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. INFORMACIÓN SOLICITADA

Por favor, indique el tipo de formulario

- ☐ Formulario para participar en deportes
☐ Formulario para la escuela
☐ Formulario para la guardería (daycare)
☐ Formulario para campamentos/retiros
☐ Formulario para la administración de medicinas

☐ Otro

¿Necesita algo más?:

- ☐ Registro de vacunas ☐ Plan para el control del asma ☐ Plan para el control de alergias ☐ Plan para el control de convulsiones

3. ¿CÓMO QUIERE QUE LE ENTREGUEMOS LA INFORMACIÓN?

☐ Recogeré el formulario completado en persona; contacten conmigo en el número # (____) - ____ - _____

☐ Por fax

Nombre de la institución: _____

A la atención de: _____

Número de fax: _____

☐ Por correo

Nombre de institución: _____

A la atención de: _____

Dirección: _____

☐ **Verbal.** Autorizo a Children's Minnesota a compartir la información del paciente que aparece en la sección 2 con los individuos registrados en la sección 3.

4. FIRMA

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____



Completed by date: _____

Completed by initials: _____

PLACE PATIENT LABEL HERE