

Estimados padres: La ley estatal requiere de su consentimiento para la mayoría de los tratamientos médicos que recibe su hijo menor de edad. Si otro adulto que no sea uno de los padres o tutores legales acompaña a su hijo a la consulta o si su hijo tiene la edad legal para manejar y viene a las citas sin ustedes, no podremos proporcionarle el tratamiento médico sin su autorización escrita, excepto en situaciones de emergencia.

Para autorizar a un adulto que no sea uno de los padres o tutores legales para que consienta al tratamiento médico de su hijo o para que su hijo pueda venir a las citas sin ustedes, completen las secciones que encontrarán a continuación. Al completar esta autorización, nos dan permiso para compartir la información de salud protegida de su hijo con el tercero, tal y como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

PARTE I. AUTORIZACIÓN

Yo, _____ autorizo a las personas siguientes
(Nombre del padre, madre o tutor legal)

Nombre: _____ Relación con el niño: _____
Nombre: _____ Relación con el niño: _____
Nombre: _____ Relación con el niño: _____
Nombre: _____ Relación con el niño: _____

para que consientan al tratamiento médico de mi hijo menor que aparece a continuación:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Y/O

Yo, _____ autorizo a mi hijo menor de edad con edad legal para manejar
(Nombre del padre/madre o tutor legal) para que venga solo a las citas. Es obligatorio que un tutor legal
dé su consentimiento para los cuidados médicos.

PARTE II. LIMITACIONES

Si no se especifica ninguna limitación en cuanto al periodo de tiempo que cubre esta autorización, la autorización será válida durante un año.

PARTE III. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR A LOS PADRES

Si la naturaleza de los cuidados médicos es diferente del motivo inicial de la cita, intentaremos ponernos en contacto con uno de los padres o tutores legales en lo que concierne a la atención médica del niño que aparece anteriormente en uno de los números de teléfono siguientes.

Si por algún motivo no podemos ponernos en contacto con uno de los padres o tutores legales, puede que nos pongamos en contacto con el tercero responsable de la toma de decisiones para que dé su consentimiento.

Nombre del padre/madre _____ Nombre del padre/madre: _____
Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____
Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____
Otro número de teléfono: _____ Otro número de teléfono: _____

PARTE IV. FIRMA

(Firma de padre/madre/tutor legal)

Fecha

PLACE PATIENT LABEL HERE

