



12822 Veterans Memorial Drive
Houston, TX 77014
Tele: 832-779-3330
Fax: 832-779-2475
RainbowPediatricsHouston.com

Formulario de Delegación de Consentimiento

Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre impreso del padre/tutor legal: _____

Autorizo a las siguientes personas a acompañar a mi hijo a buscar atención médica y a tomar decisiones en relación con la atención médica y el asesoramiento prestado en Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC y/o sus empleados en mi ausencia. Entiendo que soy responsable del pago de todos los cargos que resulten de la atención proporcionada por Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC, incluyendo montos no cubiertos por mi plan de salud.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nota: Las personas autorizadas deberán llevar un documento de identidad con fotografía válido y la tarjeta de seguro del paciente a cada visita.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que el padre o tutor legal la revoque por escrito.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto esta Delegación de Consentimiento.

Firmado: _____ Nombre impreso: _____

Fecha: ____/____/____ Relación con el paciente: _____