

Autorización para traer a un menor de edad

El presente formulario de autorización tiene por finalidad utilizarse cuando alguien que no sea el padre o tutor legal traiga a un menor al consultorio del médico.

Marque lo que corresponda

Nombre del menor	Fecha de nacimiento	Evaluación	Tratamiento	Administración de vacunas

*** Si hay varios menores en la lista, asegúrese de revisar la historia clínica de **cada** uno de ellos. ***

Por la presente, doy permiso para que la siguiente persona traiga a mi(s) hijo(s) al consultorio para que reciba(n) los servicios que he marcado arriba.

Nombre	Relación con los niños	Fecha de expiración

Entiendo que cuando la(s) persona(s) identificada(s) arriba traiga(n) a mi(s) hijo(s) al Centro de Atención Médica Advocare LLC que aparece en este formulario para una visita médica o para el tratamiento de un problema médico, es posible que esta persona necesite dar su consentimiento para que mi(s) hijo(s) reciba(n) los servicios médicos que el proveedor médico determine necesarios para el cuidado y tratamiento de mi(s) hijo(s). Por la presente autorizo a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba a dar su consentimiento para la prestación de los servicios médicos arriba indicados a mi(s) hijo(s). La información médica protegida de mi(s) hijo(s) que el proveedor médico determine pertinente para la visita al consultorio puede ser divulgada a esta persona.

(En letra de molde) Nombre del padre o tutor legal

(Firma)

(Fecha)

Si quien firma es el tutor legal del paciente, debe adjuntarse una copia del documento legal que le otorga tal poder, en caso de que no exista en el archivo de Advocare LLC.

La presente autorización será válida para cada consulta a las que la(s) persona(s) identificada(s) arriba traiga(n) a mí(s) hijo(s) al Centro de Atención Médica Advocate LLC listado en este formulario, a menos que yo proporcione una fecha de expiración o un aviso por escrito de revocación de la autorización al Centro de Atención Médica Advocate listado arriba.

Iniciales