



Autorización a Terceras Personas/Entidades

Este formulario se utiliza para los siguientes propósitos:

- Un miembro de la familia o amigo que no este registrado en el expediente del paciente y que frecuentemente participe en el cuidado de su hijo/a.
- Ausencia conocida y la transferencia temporal del cuidado de su hijo/a a un miembro de la familia o amigo que no este registrado en el expediente del paciente.

Se debe llenar un formulario para cada paciente.

Yo/Nosotros.....

Nombre:

Relación al paciente: Madre Padre Otro; por favor especifique: _____

Número de teléfono:

y

Nombre: {{GUARDIANFIRSTNAME}} {{GUARDIANLASTNAME}}

Relación al paciente: Madre Padre Otro; por favor especifique: _____

Número de teléfono:

Asigno a la persona siguiente:

Nombre: Relación al paciente: Dirección:

Número de teléfono:

...como mi/nuestro apoderado para tomar decisiones del consentimiento de atención medica (incluyendo la administración de vacunas, medicamento y procedimientos menores en la clínica) de mi/nuestro hijo/a.

INFORMACION DEL PACIENTE

Numero de Identificación del Paciente:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Por favor elija una de las siguientes opciones:

- Valido por un año a partir de hoy,
- Valido por seis meses a partir de ____/____/____
- Solamente desde ____/____/____ to ____/____/____

He leído este documento y entiendo y estoy de acuerdo con mis requisitos y mi apoderado. Al firmar este documento, certifico que la información anterior es verdadera y completa, y tengo la autoridad legal para delegar el consentimiento de cuidado del paciente nombrado anteriormente. Por la presente autorizo a Every Child Pediatrics a otorgar tratamiento medico a mi hijo/a. Este documento permanecerá como parte del expediente medico. Si decido no firmar esta autorización, yo entiendo que Every Child Pediatrics no podrá dar tratamiento medico a mi hijo/a sin mi presencia.

Nombre:

Firma: _____

Nombre:

Firma: _____