Consentimiento para Tratar a un Menor

La Conexión Médica Comunitaria Inc. (CHC, por sus siglas en inglés) debe recibir permiso del padre o tutor (encargado) legal de un menor antes de proveerle tratamiento por una lesión o enfermedad que no supone una amenaza a la vida. Este formulario le da permiso legal a CHC para tratar a su hijo(a) en caso de que usted no pueda acompañarlo(a) a CHC para tratamiento. Si la persona que acompaña a su hijo(a) (niñera, amigo(a), pariente, etc.) no presenta esta información o esta información no está actualmente en nuestros archivos, CHC tratará de ponerse en contacto con usted para pedirle permiso para atender a su hijo(a). Si no logramos obtener permiso para atender a su hijo(a), la cita del niño(a) será reagendada.

NOTA: Uno de los padres o encargado legal debe asistir a la primera visita de un menor a CHC. Un encargado legal debe tener la documentación apropiada e identificación (ID) con foto durante la primera cita.

AUTORIZACIÓN:

Nombre del Paciente:_____ Fecha de Nacimiento::_____

Número de cuenta:_____ Sexo: ☐ M ☐ F *(favor de marcar uno)*

Por la presente, yo autorizo/nosotros autorizamos a la(s) persona(s) indicada(s) abajo (adulto(s) a quien(es) se le(s) ha confiado el cuidado del menor) para que haga(n) arreglos y autorice(n) un tratamiento médico de rutina en las clínicas de CHC desde _____ (fecha de inicio) hasta _____ (fecha límite).

Nombres de las Personas Autorizadas	Relación o Parentesco
Nombres de las Personas Autorizadas	Relación o Parentesco

Yo entiendo/nosotros entendemos que se hará todo esfuerzo por ponerse en contacto con nosotros lo más pronto posible y es mi deseo/ nuestro deseo por medio de este formulario de autorización que el tratamiento médico no se dilate debido a que no se han podido poner en contacto con nosotros primero.

Yo acepto/nosotros aceptamos la responsabilidad financiera en su totalidad por todo cuidado y atención médica provista como respuesta a esta carta de autorización.

Padre/madre o encargado legal (Favor de escribir en letra de molde)*	Firma del padre/ madre o encargado legal	Fecha
Padre/madre o encargado legal (Favor de escribir en letra de molde)*	Firma del padre/ madre o encargado legal	Fecha

* *Puede que al representante se le pida que muestre una prueba que confirme su condición o status como representante legal.*

File in Patient Chart

Community Health Connection
La Conexión Médica