

Children's Choice Pediatrics

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO PARA MENORES

Reconocemos que los padres no siempre pueden ser capaces de estar disponible o presente durante el tratamiento necesario de su niño pequeño o un adolescente. Esta forma aborda la situación cuando su hijo tiene que ser visto y ha llegado, ya sea en solitario o acompañado de otro adulto / tutor.

Yo, (Padre / Tutor) _____

(Identificación con foto debe estar en el archivo)

Autorizo a mi hijo: _____

Fecha de Nacimiento del niño/niña ____ / ____ / ____

Se pueden tratar: (Círculo de designación) NO ACOMPAÑADO/ ACOMPAÑADO

Si el niño debe estar acompañado, las personas autorizadas son:

_____ (Debe tener identificación con foto en cada visita)

_____ (Debe tener identificación con foto en cada visita)

_____ (Debe tener identificación con foto en cada visita)

_____ (Debe tener identificación con foto en cada visita)

_____ Iniciales si desea dar el consentimiento para el menor para recibir tratamiento sin estar acompañado por ningún adulto, con efecto solo por: ____ días, o

_____ Iniciales por tiempo indefinido, o hasta recibir un documento escrito de revocación.

Les avisamos que no llevaremos a cabo ningún tratamiento invasivo si no está presente algún padre o tutor en la cita con el menor. Si tenemos que aplicar este tipo de tratamiento, será necesaria otra cita en la que algún padre o tutor deberá estar presente. Es una norma en nuestra oficina que el adulto que acompaña al menor en caso que este nos visite sin ningún adulto presente, es responsable del pago de la porción que el paciente tenga estipulado según seguro médico. Yo he leído, entendido, y doy mi consentimiento con lo estipulado anteriormente. Mi firma significa que he leído este formulario y/o han tenido que leérmelo y explicado en el idioma que puedo entender.

Firma del padre o tutor

Relación con el paciente

Fecha

