



Summit Medical Group

Autorizacion Para Consentir a Tratamiento Medico para su Hijo Menor de Edad

Es mejor si el menor es traído para el tratamiento por un padre o tutor legal. Sin embargo, sabemos que hay veces en que las circunstancias requieren que un cuidador traiga al niño a la oficina para tratamiento médico. Requerimos que la persona que traiga al niño tenga consentimiento del padre o tutor legal para que nosotros proporcionemos tratamiento médico.

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguridad Social:
----------------------	----------------------	-----------------------------

Por favor enumere debajo el cuidador(es) que puede necesitar traer a su niño a la oficina en su nombre:

Nombre	Dirección	Teléfono
1. [Redacted]		
2. [Redacted]		
3. [Redacted]		

Yo, _____ certifico que soy el guardian legal del niño en la lista y tengo plena autoridad para transferir mi capacidad de tomar decisiones medicas al cuidador(es) mencionado arriba en mi ausencia.

- Este consentimiento permanecera vigente hasta que sea revocado por escrito.
- Soy responsable de actualizar este consentimiento cuando cualquiera de la informacion en este document cambie.
- Estare disponible por lo menos por telefono si el proveedor medico necesita alguna informacion o para discutir las opciones de tratamiento.
- Sere financieramente responsable de todos los gastos que se produzcan por el tratamiento de mi hijo.

Nombre del padre o tutor legal (Imprimir): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Numero de contacto(s) Trabajo: _____ Celular: _____

Nombre del testigo (Imprimir): _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____