



**AUTORIZACIÓN PARA QUE UN NIÑO MENOR DE EDAD SOLICITE EXÁMENES Y TRATAMIENTOS
LIMITADOS SIN QUE EL PADRE/LA MADRE O EL TUTOR LEGAL ESTÉN PRESENTES
AUTHORIZATION FOR MINOR CHILD TO SEEK LIMITED EXAMINATION AND TREATMENT
WITHOUT A PARENT OR LEGAL GUARDIAN PRESENT**

Nombre del niño:	
Fecha de nacimiento:	
Nombre del padre/de la madre:	
Tutor legal:	
Relación con el niño:	
N.º de teléfono del padre/de la madre/del tutor legal:	
Dirección del niño:	
Dirección del padre, de la madre o del tutor legal:	
Nombre y números de teléfono del contacto de emergencia n.º 1:	
Nombre y números de teléfono del contacto de emergencia n.º 2:	
Nombre y número de teléfono del pediatra:	
Nombre y número de teléfono del médico de familia:	
Nombre y número de teléfono del dentista:	
Medicamentos:	1. 2. 3.
Alergias a medicamentos:	1. 2. 3.
Otras alergias:	1. 2. 3.
Problemas médicos:	1. 2. 3.
Cirugías anteriores:	1. 2. 3.
Fecha de la última vacuna antitetánica:	
Información del seguro: Aseguradora N.º de póliza N.º de grupo N.º de identificación del asegurado	
Adulto a quien el padre/la madre/el tutor legal autoriza a dar el consentimiento para tratar: Relación con el niño N.º de teléfono Dirección	
Médico y consultorio/clínica autorizados a basarse en este consentimiento:	

		Consent Form	Name: Page 1 of 2
			DOB:
			MRN:

Yo/Nosotros, el/los que suscribe/n, padre/madre/persona que tiene la custodia legal/tutela legal y el derecho legal de otorgar el consentimiento a _____, un menor que tiene, al menos, 16 años, para solicitar tratamiento de atención médica para lo siguiente:

Cierta atención de salud de rutina, preventiva y básica (p. ej., exámenes físicos para la escuela o para practicar deportes).

Atención de seguimiento de una enfermedad o lesión por la cual llevamos con anterioridad a nuestro hijo para el tratamiento inicial (p. ej., volver a controlar una infección en el oído, una faringitis infecciosa o una herida, retirar puntos de sutura, volver a controlar una lesión).

Atención de seguimiento de una enfermedad crónica que requiere la repetición de exámenes y seguimiento frecuentes, lo que incluye lo siguiente:

Las siguientes vacunas: _____

Reconozco/Reconocemos que he/hemos recibido información sobre todas las vacunas enumeradas, incluso una explicación de los riesgos de tales vacunas y la naturaleza general de los riesgos implicados.

Otro (especificar): _____

Comprendo/Comprendemos que este consentimiento no se extiende a cualquier procedimiento o anestesia, o

Autorizo/Autorizamos al Dr. _____ y a los médicos y proveedores de atención médica asociados que trabajen en el mismo consultorio o clínica a basarse en esta autorización.

Comprendo/Comprendemos que el médico/los proveedores de atención médica que se basen en esta autorización no están obligados a realizar tratamientos médicos/prestar servicios médicos/prestar atención médica si determinan que mi/nuestra presencia es necesaria o conveniente y no es una emergencia. Esta autorización no obliga al médico/proveedor de atención médica a tratar al niño mencionado anteriormente.

Esta autorización permanecerá en vigencia hasta el _____ de 20____, a menos que sea revocada con anterioridad por escrito y esa revocación sea entregada al/a los representante/s mencionado/s y al médico clínico.

Reconozco/Reconocemos que soy/somos responsable/s de todos los cargos en relación con la atención y el tratamiento prestados al niño durante este período y acepto/aceptamos garantizar el pago de los servicios.

Nombre en letra de imprenta:	Firma:
Relación con el niño:	Fecha:

Nombre en letra de imprenta:	Firma:
Relación con el niño:	Fecha:

Firma del testigo:	Nombre en letra de imprenta:
Fecha:	