

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA TRATAMIENTO MEDICO/ASIGNATION DE CUIDADOR

Fecha: _____

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____

INFORMACION DEL CUIDADOR/RA

1. Nombre de cuidador: _____ Telefono: _____

2. Nombre de cuidador: _____ Telefono: _____

3. Nombre de cuidador: _____ Telefono: _____

La persona anteriormente mencionado en esta forma estará autorizado/a para dar consentimiento para cualquier tratamiento médico y/o quirúrgico y/u otros procedimientos médicos (incluyendo la administración de anestesia, vacunas, pruebas diagnósticas, examen físico, etc.) para el menor anteriormente mencionado, que pueda ser requerido durante mi ausencia.

Este consentimiento sirve como autorización para recibir tratamiento en las oficinas de Alta Loma Pediatrics.

Nota: No se requieren consentimientos en situaciones de emergencia.

Acepto pagar todos los servicios proporcionados a mi hijo(a) durante mi ausencia.

Esta autorización será válida hasta la fecha: ____ / ____ / ____ a menos que sea revocada previamente por escrito por mí ante Alta Loma Pediatrics.

Nombre del padre/Tutor Legal: _____ Telefono: _____

Firma: _____ Fecha: _____