

Formulario de consentimiento para la autorización previa para tratar a menores

Puede ser más conveniente tener autorización previa para la atención médica. Revise la siguiente autorización para el tratamiento y complete la información si desea autorizar dicho tratamiento por adelantado.

Autorización

Solicito y autorizo atención médica para mi hijo / hijos enumerados a continuación:

Por Favor Imprima

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Puede comunicarse conmigo sobre la atención médica de mi hijo / hijos en el siguiente número de teléfono:

Nombre del Padre: _____

Numero de Telefono: Casa _____ Trabajo/Cell: _____

Dirreccion: _____

Mi hijo / hijos irán acompañados de:

Nombre: _____ Relación: _____

Lo persona mencionada anterior tiene mi permiso para buscar tratamiento de evaluación médica para mi hijo / hijos. Doy permiso para que el médico comparta cualquier información de salud relevante con la persona que acompaña a mi hijo.

Firma del Padre: _____

Fecha: _____ De: _____ A: _____ Bueno para un año

Nota: Si hay alguna relación especial entre padres o guardianes (como la custodia con uno solo de los padres, la custodia legal / custodia con no padres, etc.), explique en el espacio a continuación con su firma, nombre impreso y número de teléfono en el que usted puede ser contactado.
