

Formulario de Consentimiento Medico Alternativo

Autorizo a Las Siguietes Personas Para Traer a Mis Hijos a Sus Citas:

Nombre: _____ Relación de los niños: _____

Nombre: _____ Relación de los niños: _____

Nombre: _____ Relación de los niños: _____

Atestiguo que los individuos nombrados anteriormente son todos de 18 anos de edad o más a partir de esta fecha.

Yo autorizo a los individuos nombrados anteriormente para dar consentimiento al tratamiento para mis hijos. Esto puedo incluir, pero no se limita a, el consentimiento de los de los medicamentos, vacunas, procedimientos y hospitalizaciones. *Pediatrics Associates, Prof.,LLC* pueden transmitir cualquier información medica, incluyendo protección de la información, por mi hijo que es necesario para el anterior llamado individuos para dar consentimiento para el tratamiento.

Tengo entendido que el doctor le comunica sus conclusiones y el plan de tratamiento al cuidador que trae el niño, y que la mayoría de los casos una llamada a mi personalmente no debería ser necesario. Estoy de acuerdo en ser responsable de los cargos de servicio solicitado por los individuos nombrados arriba cuando se lo permite mi compañía de seguro (s).

Estoy de acuerdo en mantener los *Pediatrics Associates, Prof.,LLC*, y su personal inofensivos para cualquier desacuerdo entre las personas nombradas anteriormente y yo sobre las decisiones de tratamiento.

Atestiguo que soy el padre o tutor legal de los siguientes niños y que tengo la autoridad legal para llegar a este acuerdo. Entiendo que puedo revocar esta autorización para todos o algunos de estos individuos en cualquier momento.

Los niños cubiertos por este consentimiento. (Escriba el nombre completo y fecha de nacimiento).

1.) _____

2.) _____

3.) _____

4.) _____

5.) _____

Nombre del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma: _____