



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo _____ doy permiso a las siguientes personas de acompañar a mi hijo/a a sus citas.
(Nombre del padre/Guardián)

- 1. _____ Parentesco: _____
- 2. _____ Parentesco: _____
- 3. _____ Parentesco: _____

Este adulto está autorizado para proporcionar un historial de la enfermedad actual de mi hijo, divulgar información médica protegida y ser testigo de cualquier examen físico realizado por el proveedor. Este adulto tiene la responsabilidad de comunicarme cualquier diagnóstico, plan de tratamiento o receta (s).

Para menores de 16 y 17 años (o que cumplan 16 años después de completar este formulario)

Al marcar aquí Yo _____ doy permiso a mi hijo para que
(Nombre del padre / tutor)

asista solo a su cita sin mi presencia y autorizo el tratamiento para mi hijo en OLE Health. Esto incluye proporcionar un historial de la enfermedad actual, la divulgación de información médica protegida y la responsabilidad del niño de comunicarme cualquier diagnóstico, plan de tratamiento o recetas. **Esto excluye la administración de cualquier vacuna.**

Acepto estar disponible para hablar por teléfono en cualquiera de los números telefónicos proporcionados.

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Acepto ser responsable financieramente por todos los copagos y costos de seguro.

Firma del padre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

* El consentimiento vence 1 año después de la fecha de la firma