

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso al adulto(s) ( $\geq 18$  años de edad) nombrado(s) a continuación para acompañar a mi hijo(a) a su cita y a proporcionar el consentimiento para el tratamiento, según sea necesario.

Este adulto está autorizado a proporcionar un historial de la enfermedad actual de mi hijo(a), divulgar y recibir información de salud protegida relativa a la cita, consentir el tratamiento necesario y presenciar cualquier examen físico realizado por el proveedor. Este adulto tiene la responsabilidad de transmitirme cualquier diagnóstico, plan de tratamiento o receta(s).

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Acepto estar disponible por teléfono a cualquiera de los números de teléfono proporcionados.**

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTOS:**

- Reconozco que seré financieramente responsable de cualquier copago o costo acumulado en la cita de mi hijo(a).
- Reconozco que este adulto puede dar su consentimiento para una variedad de servicios médicos y dentales, que incluyen sedación dental, tratamiento restaurador/de extracción, radiografías, exámenes médicos, análisis, vacunas y más.
- Reconozco que es responsabilidad del adulto autorizado informarme sobre el cuidado de mi hijo e involucrarme en la toma de decisiones, cuando sea posible.

**Esta sección se aplica SÓLO a los servicios médicos y psiquiátricos.**

**NOTA:** Los servicios dentales requieren que un adulto autorizado acompañe a todos los menores.

**\*Para menores de 16 a 17 años (o que cumplan 16 años después de completar este formulario)**

Al marcar esta casilla ☐ Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a mi hijo(a) para que (nombre del padre/madre/tutor) acuda a su cita solo sin mi presencia y autorizo el tratamiento para mi hijo(a) en CC+OLE Health. Esto incluye proporcionar un historial de la enfermedad actual, la divulgación de información de salud protegida y la responsabilidad del Niño de transmitirme cualquier diagnóstico, plan de tratamiento o receta.

\*La administración de cualquier vacuna o procedimiento médico solo se realizará a discreción del proveedor de atención médica primaria.

**VENCIMIENTO:** Esta autorización permanecerá vigente durante un (1) año a partir de la fecha de firma a menos que se especifique otra fecha aquí: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_