



MISSION EAST DALLAS

FAMILY HEALTH CLINIC

Consentimiento para la poliza de Menores

Apéndice A

Autorización de consentimiento para el tratamiento de un menor

Misión East Dallas (MED) requiere información sobre cualquier persona que puede permitir prestar su consentimiento para que su hijo, en el caso de que usted no pueda estar presente para la cita. En situaciones que no sean de emergencia, es necesario obtener el consentimiento previo para proporcionar tratamiento a su hijo. Proporcionar MED con esta valiosa información puede prevenir el retraso de tratamiento para su hijo.

Por favor también asegúrese de llenar los formularios de registro con su información de contacto correcta, para que podamos contactarla(o) con cualquier pregunta mientras su hijo está aquí para su cuidado.

Yo, _____ (imprime nombre completo) _____ (su relación con el niño(a)), autorizo a las siguientes personas que presten su consentimiento para mi hijo(a) en mi ausencia.

Nombre de la persona: _____ Fecha de Nacimiento: _____
relación con el niño: _____

Nombre de la persona: _____ Fecha de Nacimiento: _____
relación con el niño: _____

Nombre de la persona: _____ Fecha de Nacimiento: _____
relación con el niño: _____

Por favor, especifique el tipo de cuidado que usted autoriza a estas personas a dar su consentimiento para:

La evaluación médica y tratamiento (incluyendo las inmunizaciones, extracciones de sangre o pruebas administradas en la oficina)

Evaluación y tratamiento dental

Salud conductual (evaluaciones o el asesoramiento)

Otros (especifique): _____

Firma
Padre/tutor _____

Fecha: _____

Información del paciente
Nombre del niño _____

Fecha de Nacimiento _____