



# 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** \_\_\_\_\_