

CATAWBA VALLEY MEDICAL GROUP-AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD

Apellido del menor	Nombre del menor
Fecha de nacimiento	Número de cuenta
Nombre(s) de los padres	Tutor legal, si no es el padre/la madre

Yo, _____, el padre/la madre naturales/tutor legal de _____ otorgo permiso a las personas que se enumeran a continuación (“Personas autorizadas”) para organizar y autorizar el tratamiento de rutina y de emergencia en Catawba Valley Medical Group. Reconozco que estas personas autorizadas tienen 18 años de edad o más y que he confiado el cuidado de mi hijo menor de edad a esta persona. Esta autorización incluye el permiso para que mi hijo menor de edad reciba las vacunas programadas. Sin embargo, entiendo que uno de los padres o tutor legal debe asistir a la primera visita de mi hijo menor de edad en Catawba Valley Medical Group. Reconozco que soy responsable de todos los cargos razonables en relación con el cuidado y el tratamiento prestados a mi hijo. Además, entiendo que la persona autorizada debe traer cualquier información de seguro que se requiera en el momento del servicio.

Personas autorizadas

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Reconozco que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado. Entiendo que puedo revocar o cambiar a las personas autorizadas en cualquier momento y este documento no será aplicable si el niño es legalmente capaz de dar su consentimiento para el tratamiento por sí mismo.

Entiendo que esta autorización no incluye el permiso para que las personas mencionadas anteriormente obtengan información médica sobre mi hijo fuera de la visita para la cual se lleva al niño y no incluye el permiso para que la persona obtenga registros médicos.

También doy permiso para que el menor mencionado anteriormente, si tiene 16 años de edad o más, reciba atención médica sin la presencia de uno de los padres/tutor o persona autorizada. Sí No

Firma-Padre/madre o tutor legal	Fecha
Testigo	Fecha