



CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA NO URGENTE

Nombre a _____ que reside en _____
(nombre y apellido) (dirección)

que es _____
(especificar la relación del representante autorizado con los niños)

como el representante autorizado para tomar decisiones para la atención médica no urgente a mis hijos, enumerados abajo. Tengo el derecho legal para delegar dicha autorización al representante autorizado para tomar estas decisiones. Este representante es un adulto competente tanto legal como médicamente calificado para ejercer la autoridad así delegada. Información de salud personal del paciente puede ser compartida con el representante autorizado, para facilitar la toma de decisiones.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

LIMITACIONES

Señalar cualquier limitación sobre los tipos de servicios médicos para los cuales se da esta autorización. Si no la hay, indique "ninguna".

Señalar cualquier limitación en el marco de tiempo para el cual se da esta autorización. Si no la hay, indique "ninguna".

INFORMACIÓN PARA CONTACTAR

Si la naturaleza de la atención médica no es de rutina, por favor trate de ponerse en contacto conmigo con respecto al cuidado de la salud de mis hijos en el(los) siguiente(s) número(s) de teléfono. Si por algún motivo no logra contactar conmigo, doy autorización de que mi representante tome las decisiones.

Nombre del padre/ madre/ tutor legal: _____

Nombre del padre/ madre/ tutor legal: _____

Teléfono durante el día: _____

Teléfono durante el día: _____

Teléfono durante la noche: _____

Teléfono durante la noche: _____

Celular: _____

Celular: _____

EN FE DE LO CUAL, el abajo firmante ha ejecutado este documento el día _____ del mes de _____ de 20_____.

Firma del padre o tutor legal

Firma del madre o tutor legal

Firma del representante autorizado para tomar decisiones

Nombre y apellido (letras de imprenta)

Teléfono

Dirección

Si el padre/tutor legal no están disponibles para la firma:

Fecha de la llamada telefónica

Hora de la llamada telefónica

Nombre de la persona responsable con quien se ha hablado

Relación con el paciente de la persona con quien se ha hablado

Nombre del testigo #1 de la llamada telefónica

Nombre del testigo #2 de la llamada telefónica

Firma del testigo #1 de la llamada telefónica

Firma del testigo #2 de la llamada telefónica