



CONSENTIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A MENORES

Favor de revisar la siguiente autorización para el tratamiento medico de sus hijos. Asi también, favor de llenar la información, si desea autorizar con anticipación cualquier tratamiento, con el fin de que la atención médica puede ser dada directamente al menor, aunque uno de los padres o el tutor legal no puedan estar presentes antes del tratamiento. Sepa usted que información privada de la salud del paciente puede ser compartida con el representante autorizado al que se esta dando el consentimiento de tomar decisiones para facilitar la toma de decisiones de una manera mas informada.

AUTORIZACIÓN

Tengo el derecho legal de autorizar previamente a CHEMED a ofrecer tratamiento médico a mi(s) hijo/a(s). Solicito y autorizo a CHEMED y a su personal para brindar atención médica a mi(s) hijo/a(s) enumerados a continuación:

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

CHEMED NORTTH
1771 Madison Ave./732-364-6666

CHEMED SOUTH
1171 River Ave./732-884-2222

chemedhealth.org
info@chemedhealth.org



CONSENTIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A MENORES

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 hijo(s) 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:

VACUNAS

Doy mi consentimiento para permitir que CHEMED proporcione copias de los registros de vacunas de mi(s) hijo(s) a la(s) escuela(s) de mi(s) hijo(s).

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

Firma del padre o tutor legal

Firma del madre o tutor legal

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

Fecha de la llamada telefonica

Hora de la llamada telefonica

Nombre de la persona responsable con quien se ha habla

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

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