



Kids' Medical Care
Diana McLaughlin, MD
 2336 Immokalee Road
 Naples, FL 34110
 239-591-8481

Nombre: _____
 MR#: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DAR CONSENTIMIENTO DEL TRATO DE MENORES

Es importante que el padre/madre o tutor legal nos provea autorización previa para la atención médica de los menores de edad si los padres no pueden estar presentes al momento del tratamiento. Por favor, revise la siguiente autorización y complete la información si desea autorizar dicho tratamiento para su hijo(a) menor en avance. Tenga en cuenta que información de salud protegida puede ser compartida a la persona al cual el derecho y consentimiento ha sido delegado para facilitar decisiones informadas en cuanto al tratamiento del paciente.

AUTORIZACIÓN

- Tengo derecho legal para pre-autorizar esta oficina a proporcionar tratamiento médico a mi hijo(a).
- Solicito y autorizo esta oficina y a su equipo de salud a brindar atención médica a mi hijo que se enumeran a continuación.
- Tengo el derecho legal para delegar y otorgar tal consentimiento para la toma de decisiones a un tutor o responsable de mi hijo(a); el cual es un adulto y médicamente y legalmente competente para ejercer la autoridad así delegada.
- Tengo en cuenta que la información de salud protegida puede ser compartida con el tutor o responsable asignado para facilitar la toma de decisiones informadas de salud.
- No se debe considerar este formulario sin el asesoramiento de un abogado.
- Nombro a las siguientes personas como tutores o responsables para consentir a la atención médica urgente o no urgente para mi hijo(a).

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Tel. #: _____
 Relación: _____

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Tel. #: _____
 Relación: _____

LIMITACIONES

Identifique las limitaciones sobre los tipos de servicios médicos de esta autorización.

Identifique las limitaciones sobre el tiempo de esta autorización.

Si las limitaciones anteriores se dejan en blanco, será asumido que **NO** existen limitaciones.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si la atención médica no es rutina, intente a ponerse en contacto conmigo a los siguientes números de teléfono. Si no puede, por cualquier motivo contactarse conmigo, puede depender de las decisiones del siguiente tutor o responsable para el consentimiento de la atención médica.

Nombre de la madre: _____
 Teléfono diurno: _____
 Teléfono noche: _____
 Teléfono celular: _____

Nombre del padre: _____
 Teléfono diurno: _____
 Teléfono noche: _____
 Teléfono celular: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Certifico que la información anterior es correcta en este momento. Yo notificare sin demora los cambios en la información anterior.

Fecha: _____ Nombre del Padre o Representante Legal: _____ Firma: _____