orchidhealth
Exceptional, local healthcare

Designación de Otra Persona para Autorizar la Atención Médica de Menores

Si yo, (padre/madre/tutor legal) _____, no puedo acompañar a mi hijo/a,

(nombre del menor) _____, a la Clínica Orchid Health, doy

permiso a (nombre de la persona) _____ de la siguiente manera (marque una opción):

☐ Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo(a) (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento sin que tengan que ponerse en contacto conmigo.

☐ Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo/a (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento en caso de que no puedan ponerse en contacto conmigo.

☐ Permiso verbal otorgado al personal de Orchid Health por el padre/tutor legal

_____ _____ _____

Nombre de testigo (letra de imprenta) Firma del testigo Fecha

Expiración del permiso (marque una opción):

☐ Este formulario permanecerá vigente hasta que sea revocado (llenando un " Formulario de revocación del consentimiento ")

☐ Este formulario es VÁLIDO ÚNICAMENTE durante el siguiente periodo de tiempo:

Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de expiración: _____

X _____ _____

(Firma del padre/madre o tutor) (Fecha requerida)

Domicilio _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____