

CONSENTIMIENTO PREVIO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR/DEPENDIENTE

Este formulario de consentimiento previo permite a los padres de menores o tutores legales de adultos dependientes otorgar permiso para que otros adultos responsables traigan a su hijo(a) o adulto dependiente a nuestra oficina para evaluación y tratamiento.

El padre/tutor abajo firmante de _____

Cuya fecha de nacimiento es el _____

Por la presente se faculta y autoriza a las siguientes personas nombradas:

1. _____ Relación con el paciente: _____
2. _____ Relación con el paciente: _____
3. _____ Relación con el paciente: _____
4. _____ Relación con el paciente: _____

Permiso expreso para actuar como mi agente para dar consentimiento y autorizar la evaluación y el tratamiento médico de mi hijo(a)/dependiente mencionado(a) anteriormente. Esta autorización otorga autoridad y poder a las personas nombradas anteriormente para dar consentimiento específico para cualquier evaluación, diagnóstico, tratamiento de consultorio, administración de vacunas, administración de anestesia o tratamientos quirúrgicos que un médico, en el ejercicio de su mejor criterio, considere convenientes. Esta autorización incluye el ingreso hospitalario si el médico lo considera necesario.

Esta autorización será válida hasta que yo la revoque por escrito.

Por la presente, indemnizo y eximo de responsabilidad a los médicos, al personal y a otras personas que actúen en virtud de esta autorización.

Nombre del padre/tutor

Fecha de nacimiento

Firma del padre/tutor

Fecha

