



AUTORIZACIÓN PARA ACOMPañAR A UN PACIENTE MENOR A LAS CONSULTAS

Apply Patient Label

Yo, _____, representante legal de

(Nombre completo del paciente)

(Fecha de nacimiento)

Autorizo a los individuos mencionados a acompañar al niño en:

Consultas ambulatorias

Sólo citas en este departamento: _____
(Especificar el departamento)

Individuos autorizados:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Comprendo que esta autorización es solamente para la atención de rutina incluyendo exámenes y pruebas no invasivas pero que **no se le darán vacunas ni se le harán pruebas ni procedimientos sin mi autorización**, salvo en casos de emergencia. Asimismo autorizo al Departamento a divulgar la información médica pertinente sobre las consultas y tratamientos del niño y las indicaciones necesarias a la persona identificada en esta autorización.

Revocación y vencimiento de la autorización: Esta autorización expira automáticamente en un año desde la fecha en que se firma abajo, a menos que la revoque antes de la fecha, por escrito.

FIRMA

Firma del representante legal del paciente

Fecha

Nombre en imprenta del representante legal del paciente

Relación con el paciente

Witness Signature

Date

Time

Witness Printed Name

