



## Consentimiento para tratamiento medico de menores de edad

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre en imprenta del Padre/Madre/Guardia Legal) de

\_\_\_\_\_ (Nombre en imprenta del paciente/Menor de edad) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento por escrito para que el siguiente representante adulto/responsible para traer a mi niño para ser visto por uno de los doctores en Youens & Duchicela Clinic para que reciba su atención médica. Yo autorizo y nombro a \_\_\_\_\_ (nombre de la persona que se le da el consentimiento) para actuar en mi nombre como mi agente para dar consentimiento al tratamiento médico del menor cuando yo no pueda ser contactado para dar el consentimiento de dicho tratamiento médico que incluya, sin limitaciones; Rayos X, tratamiento anestésico, médico, dental, examinación quirúrgica o tratamiento, y cuidados hospitalarios en general. Bajo esta autorización no se debe hacer una determinación previa de una emergencia que ponga en peligro la vida o el peligro de lesiones graves o permanentes como resultado de la demora del tratamiento.

Yo indemnizaré de cualquier gasto o reclamo de cualquier naturaleza que proporcione o haga que se proporcione un examen, tratamiento o atención hospitalaria conforme a esta autorización (excepto en la medida en que dicha entidad sea negligente en el mismo) y condicionalmente estoy de acuerdo en hacer o hacer que se realice, por asignación de beneficios de terceros o de otra manera, pago completo por dicho examen, tratamiento o atención hospitalaria.

Firma del Padre/Madre/Guardian legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero telefonico: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ultima inmunizacion para el Tetano: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Empresa de seguro de hospitalizacion: \_\_\_\_\_

Medico Familiar o Pediatra: \_\_\_\_\_

Tipo de tarjeta de credito: \_\_\_\_\_

Numero de tarjeta de credito \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta de credito: \_\_\_\_\_

Fecha de expiracion: \_\_\_\_\_