

Autorización para el Consentimiento para el Tratamiento Médico de Menores

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

El paciente menor mencionado anteriormente **PUEDE** ser visto en la oficina para citas médicas y / o cosméticas **SIN** un padre están, guardián legal o chaperona presente.

El paciente menor mencionado anteriormente **NO** puede ser visto en oficina para citas médicas y / o cosméticas sin un padre, guardián legal o chaperona presente.

ALERGIAS DE PACIENTES

Enumere las alergias del paciente, el historial médico significativo y las condiciones médicas aquí:

CHAPERONA

Persona(s) que pueden estar presentes con un menor para citas médicas/cosméticas cuando un padre o guardián legal no está disponible (debe ser mayor de 18 años):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona(s) a contactar cuando el padre o guardián legal no está disponible.

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el menor: _____

Adicional- si no se puede llegar a lo anterior:

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el menor: _____

AUTORIZACIÓN

Nombre de impresión (padre/guardián): _____ Relación con el niño: _____

Firma (padre/guardián): _____ Fecha de hoy: _____

Esta versión caducará 12 meses después de la fecha de firma. La liberación permanecerá vigente durante 12 meses o hasta que yo (el padre/guardián del niño) la termine por escrito.