CovenantHealth Medical Group

CONSENTIMIENTO ALTERNATIVO PARA UN MENOR POR PERSONAS QUE NO SON LOS PADRES

El propósito de este formulario de consentimiento alternativo es asegurar una ejecución eficiente y oportuna de los consejos médicos y planes de tratamiento, cuyo objetivo es servir al interés superior del menor. Bajo ciertas circunstancias, el consentimiento puede darse a otras partes con el consentimiento expreso y por escrito a continuación.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo, _____, el padre / tutor legal, doy mi consentimiento a las siguientes personas para buscar atención médica para el niño que aparece a continuación / los niños en el caso ya sea yo u otro padre / tutor que no puedan estar presentes para las citas:

Nombre del Menor: _____Fecha de Nacimiento:_____

Nombre del Menor: _____Fecha de Nacimiento:_____

Nombre del Menor: _____Fecha de Nacimiento:_____

Para recibir el consentimiento:

Nombre: _____Relación con el menor:_____

Nombre: _____Relación con el menor: _____

Nombre: _____Relación con el menor: _____

Reconozco que para que el grupo Médico de Covenant administre vacunas / inyecciones u otro tratamiento a mi hijo en mi ausencia, debo dar mi permiso. Estoy consciente de que tengo el derecho de retirar mi consentimiento por cualquier motivo y en cualquier momento mediante una notificación por escrito de este deseo. Por la presente declaro que he leído y entendido este consentimiento.

_____ _____

Firma del padre o tutor legal Fecha

CONSENTIMIENTO VERBAL DE LOS PADRES / TUTOR

El padre / tutor / curador _____ (nombre) de _____ (nombre del paciente) fueron notificados por teléfono y han dado su consentimiento para que el paciente sea visto hoy _____ (fecha) por_____(razón de la visita).

_____ _____

Testigo Fecha Testigo Fecha