

**CONSENTIMIENTO ALTERNATIVO PARA MENORES
 POR PARTE DE PERSONAS QUE NO SEAN SUS PADRES**

El propósito de este Formulario de Consentimiento Alternativo es asegurar el cumplimiento eficiente y oportuno de los planes de asesoramiento y tratamiento médico, cuyo objetivo es actuar teniendo en mente lo que beneficie al menor. En determinadas circunstancias, se puede otorgar el consentimiento a otras personas, completando el consentimiento expreso por escrito a continuación.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR

Yo, _____, el padre/la madre/el tutor legal, doy mi consentimiento para que las siguientes personas consigan atención médica para el niño/los niños que se nombren a continuación en caso de que yo o el padre/la madre/el tutor no pueda estar presente para las citas:

Nombre del menor/la menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del menor/la menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del menor/la menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento otorgado a:

Nombre: _____ Relación con el/la menor: _____

Nombre: _____ Relación con el/la menor: _____

Nombre: _____ Relación con el/la menor: _____

Reconozco que para que Covenant Medical Group administre vacunas/inyecciones u otro tratamiento a mi hijo/hija en mi ausencia, yo debo dar mi autorización. Soy consciente de que tengo el derecho de retirar mi consentimiento por cualquier motivo y en cualquier momento, siempre y cuando haya un aviso previo de este deseo por escrito. Por la presente, declaro que he leído y entiendo este consentimiento.

 Firma del padre/la madre/tutor legal

 Fecha

PARENTAL/GUARDIAN VERBAL CONSENT

The parent/guardian/conservator _____ (name) of _____
 (patient's name) were notified by phone and have given consent for the patient to be seen today
 _____ (date) for _____ (reason for visit).

 Witness Date

 Witness Date