Compass Health Network

Delegación de Consentimiento a Otra Persona Para el Tratamiento de un Menor

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac.:_____

***Complete este formulario si el paciente es un menor y usted (el guardián) quiere autorizar a otro adulto para que traiga a su niño(a) a sus citas. ***

Yo, _____ (padre/Guardián legal), no puedo acompañar a mi niño(a),

_____ (nombre del niño(a)) a Compass Health Network. Por esta razón autorizo al (los) siguiente(s) adulto(s) a traer a mi niño(a) a sus citas:

*La persona que trae al niño debe tener al menos 18 años. *

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

_____(iniciales)Yo doy autorización para que esta(s) persona(s) busquen tratamiento para mi niño(a), incluyendo cualquier tipo de cuidado médico, inmunizaciones, procedimientos, y la administración de anestesia local si el médico, enfermera facultativa o dentista determinan que es necesario para el bienestar de mi niño(a), y doy mi consentimiento **sin que tengan que contactarse conmigo.**

Este formulario permanecerá efectivo hasta que sea revocado por mí. Por favor notifique a la oficina en cualquier momento si usted decide revocar esta autorización.

Este permiso es **VALIDO SOLO** durante el siguiente período:

Fecha de Efectividad: _____ Fecha de Expiración: _____

_____

Firma del Padre/Guardián Legal Relación Fecha

_____

Firma del Testigo Fecha