

AUTORIZACIÓN POR CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE
Solo Para Citas De Enfermedad

Al completar este formulario de Autorización Por Consentimiento Del Representante, provee a Los Doctores y Médicos de COPA el derecho para el tratamiento de pacientes menores de COPA (cualquier paciente menor de 18 años) en ausencia de sus padres o el guardián si el adulto designado acompaña al paciente menor con este formulario completado a la cita o si lo tenemos en su expediente. Este formulario debe ser completado por el padre o el guardián legal antes de que los servicios se realizan y el adulto designado debe proporcionar identificación con fotografía en el momento del servicio. Este formulario es válido para llamando aviso de enfermera y para recoger las recetas de medicamentos. Un formulario debe ser completado para **CADA** paciente menor de edad.

Yo/Nosotros como los padres/el guardián legal del paciente menor de edad: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
 Nombre de Paciente menor de edad

Por la Presente Designa:

Nombre, Dirección, Fecha de Nacimiento y Número de Teléfono

Relación con el paciente

Nombre, Dirección, Fecha de Nacimiento y Número de Teléfono

Relación con el paciente

Como el representante de decisiones de mi/nuestro hijo(a) para dar su consentimiento a la atención medica no-urgente para mi/nuestro hijo(a) designado en este formulario. Este representante también tiene mi/nuestro consentimiento para recoger cualquier receta o documentación asociada con el cuidado de mi hijo(a).

Yo/Nosotros tenemos el derecho legal para delegar consentimiento al representante. Yo/Nosotros certificamos que este representante es un adulto que es medicamente y legalmente competente para ejercer la autoridad delegada. Entiendo/Entendemos que la información de salud protegida puede compartirse con el representante para facilitar la toma de decisiones y estamos de acuerdo a compartir la información de salud protegida.

Limitaciones:

Identifique las limitaciones en el tipo de servicios médicos para el que se da este consentimiento del representante (por ejemplo, no hay procedimientos de cirugías menores). **Si no hay limitaciones, elija "Ninguno."**

- Ninguno
- Limitaciones (describir): _____

Identifique las limitaciones en el marco de tiempo para el que se da este consentimiento del representante (por ejemplo, limita a fechas especifica cuando los padres están fuera de la ciudad o expira en 6 meses, etcétera) **Si no hay fecha de expiración ni limites, elija "Ninguno."**

- Ninguno
- Fecha de Expiración: _____
- Limitaciones (describir): _____

Información de Contacto de Los Padres:

Nombre de Madre:	Fecha de Nacimiento:	Nombre de Padre:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono de Casa:		Teléfono de Casa:	
Teléfono Alternativa:		Teléfono Alternativa:	
Teléfono Celular:		Teléfono Celular:	

La información que usted leyó aquí es la traducción de la versión en inglés en la próxima página. Por favor llene y firme la versión en inglés. →