**RED BLUFF VISION CENTER**

**AN OPTOMETRIC PRACTICE**

715-A Jackson St. Red Bluff, CA 96080

(530) 527-9242

FAX (530) 527-2401

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (El nombre del padre/tutor) consiento el examen de los ojos y la prestación de tal cuidado, incluyendo dilatación, procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico que pueden ser considerados necesarios para mi hijo/hija menor de edad. Además, entiendo que soy financieramente responsable de cualquier costo incurrido para el cuidado de mi hijo. Esto incluye copagos, coseguros y costos no cubiertos por el seguro. Entiendo que el médico que atiende a mi hijo/hija tomará todas las precauciones razonables de seguridad durante su cuidado.

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lentes De Contacto o Anteojos**

Doy permiso para que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del menor)

reciva el examen adicional, la capacitación y los gastos que puedan ser necesarios para lentes de contacto o anteojos.

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ANTEOJOS
* EVALUACIÓN DE LENTES DE CONTACTO (Y CAPACITACIÓN SI ES NECESARIO)
* LENTES DE CONTACTO

Al marcar las casillas de arriba, usted está dando permiso a RED BLUFF VISION CENTER para proporcionar los servicios y anteojos.

 **Autorización para que otra persona acompañe a un paciente menor de 18 años.**

Yo, el padre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, por la presente autorizo a la Doctora Barriga en Red Bluff Visión Center a realizar tratamiento médico de acuerdo con las declaraciones anteriores cuando esté acompañado por cualquiera de las siguientes personas adultas nombradas mayores de 18 años:

Nombre de Adulto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Con letra de molde) (Abuelo, [Tío](https://www.spanishdict.com/translate/el%20t%C3%ADo?langFrom=es), [Tí](https://www.spanishdict.com/translate/el%20t%C3%ADo?langFrom=es)a , Hermano, Hermana, Amigo de la familia )

Nombre de Adulto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Con letra de molde) (Abuelo, [Tío](https://www.spanishdict.com/translate/el%20t%C3%ADo?langFrom=es), [Tí](https://www.spanishdict.com/translate/el%20t%C3%ADo?langFrom=es)a , Hermano, Hermana, Amigo de la familia)