

Consentimiento menor

Un padre o tutor legal debe acompañar a un niño menor de 18 años de edad para dar su consentimiento para todo tratamiento médico y/o quirúrgico probado por Primary Care Associates, PC. Por favor complete este formulario si su hijo(a) vendrá para una visita, tratamiento o procedimiento, sin un padre o tutor legal. Este consentimiento es válido por el período de tiempo especificado con un máximo de un año a partir de la fecha firmada.

Paciente menor de edad

Nombre: _____ SSN: _____ DOB: _____

Período de tiempo

El consentimiento por escrito es válido por el período de **un año**, en el que se requeriría un nuevo formulario de consentimiento. Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento por escrito.

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

Nombre de la persona autorizada Relación con el paciente Nombre de la persona autorizada Relación con el paciente

Nombre de la persona autorizada Relación con el paciente Nombre de la persona autorizada Relación con el paciente

Autorizo a la persona o individuos mencionados arriba a dar su consentimiento para el tratamiento médico por Primary Care Associates, PC en nombre de mi hijo(a) mencionado anteriormente. La persona o individuos mencionados anteriormente también pueden recibir resultados de pruebas e información adicional pertinente para el cuidado y tratamiento de este menor. Entiendo que todavía soy responsable financieramente de todos los gastos médicos incurridos por mi hijo durante estas citas.

Firma del padre/tutor legal Fecha de firma Número de teléfono (en caso de emergencia)

Autorización para que el paciente menor de edad no esté acompañado para recibir tratamiento.

Autorizo y doy el consentimiento para que mi hijo(a), mencionado arriba, vaya independientemente a las citas y el consentimiento a todo tratamiento médico y/ o quirúrgico sin la presencia de un padre o tutor legal. Entiendo que todavía soy responsable financieramente de todos los gastos médicos incurridos por mi hijo durante estas citas.

Firma del padre/tutor legal Fecha de firma Número de teléfono (en caso de emergencia)
