JOSEPH P. ADDABBO FAMILY HEALTH CENTER, INC.
CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE PARA CUIDADO DE NO URGENCIA PARA EL PACIENTE MENOR DE EDAD

YO _____, autorizo a Joseph P. Addabbo y a su
NOMBRE DE MADRE O PADRE

PERSONAL PARA PROVEER CUIDADO MEDICO A MI HIJO(A)

_____ _____.
NOMBRE DE NIÑO(A) CHILD'S NAME FECHA DE NACIMIENTO DE NIÑO(A)

Ademad, en mi ausencia YO, autorizo a las siguientes personas a traer a mis hijo(a) para tratamiento medico y actuar y tomar decisions con consentimiento del padre o la madre para cuidado medico de no urgencia.

YO tengo el derecho legal para otorgar el consentimiento al apoderado, quien esta mentalmente competente para ejercitar la autoridad que le doy para actuar en mi nombre. Estoy consciente que información de salud del paciente va a ser compartida con estas personas para facilitar las decisions medicas necesarias.

Nombre:_____ Relación:_____

Nombre:_____ Relación:_____

Nombre:_____ Relación:_____

Nombre:_____ Relación:_____

LIMITACIONES:
Por favor identifique cualquier limitacion en cualquier servicio medico por el cual esta autorización es dada. De no haber alguna limitación simplemente escribe la palabra "NADA".____
_____
_____

INFORMACION DE CONTACTO:

Nombre De Madre:_____ Nombre De Padre:_____
Telefono De Dia:_____ Telefono De Dia:_____
Número De Noche:_____ Número De Noche:_____
Celular :_____ Celular:_____

_____ _____ _____
FIRMA LEGAL DEL GUARDIAN/PADRE RELACIÓN A NINO(A) FECHA

_____ _____
FIRMA DEL TESTIGO FECHA

Revised: 10/04/2016 (P: general access/policies & procedures/patient care)