



Consentimiento para tratar a un menor
Consent for Treatment of a Minor

Fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Yo, el abajo firmante, padre o tutor legal de _____, menor de edad, autorizo e indico por medio de la presente a los Especialistas de Cirugía Pediátrica de Banner Children's a que brinden atención médica de rutina y de urgencia. Este consentimiento será efectivo por 12 meses a partir de la fecha de su firma o hasta que se revoque por escrito.

Padre o tutor

Fecha

Los Especialistas de Cirugía Pediátrica de Banner Children's deben recibir autorización por escrito del padre o tutor del menor para permitir que otra persona traiga al menor a tratamiento médico y para hablar sobre su información médica. Por favor proporcione el nombre, relación con el menor y teléfono de cualquier persona que tenga su autorización para traer al menor al consultorio.

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono

Por favor escriba una lista de las personas que NO TIENEN su autorización para traer o recibir información sobre su hijo menor de edad. Proporcione documentos de un tribunal si corresponde.

Nombre	Relación
Nombre	Relación

Si alguien trae al menor y no está en la lista, llamaremos para verificar que los padres o tutor autorizan que el menor sea atendido. Dos miembros de nuestro personal verificarán la autorización verbal.

Padre o tutor que autoriza _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre del testigo, en letra de molde _____ Firma del testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre del testigo, en letra de molde _____ Firma del testigo _____ Fecha _____ Hora _____

El pago de cualquier copago, coaseguro o cargos por servicios recibidos en caso de no tener seguro, deben hacerse al momento de la cita y son responsabilidad del adulto que acompaña al paciente.