



CONSENTIMIENTO PARA INDIVIDUOS ADEMÁS DEL PADRE PARA TRAER AL PACIENTE
MENOR DE EDAD A LA CONSULTA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo soy el padre o tutor de _____ (Nombre legal del paciente).
Tengo el derecho legal para dar consentimiento para el tratamiento médico de este niño (paciente)

Autorizo a la siguiente persona, que es una persona mayor de 18 años de edad y que la relación con el niño es:

(Persona trayendo niño a la cita) (Relacion con el niño)

para llevar al niño a su cita médica, y para dar su consentimiento para la atención médica que se consideren necesarias por los médicos y los proveedores de servicios médicos en el Legacy Community Health en el momento de la cita. Yo entiendo que esta delegación incluye el recibo de información de salud del menor necesaria para tomar decisiones de atención médica de inmediato necesarias.

Este consentimiento es válido hasta que sea revocada por escrito por mí, el padre o tutor legal.

Firma del padre o tutor Nombre Fecha

Información de contacto de los padres/tutores _____
Numero de Telefono