

Consentimiento para el tratamiento de un/a menor

Designación de otra persona para prestar su consentimiento para la atención médica de un/a paciente menor de edad	
Nombre del/la paciente (Apellido, Nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento
<p>Yo, _____, autorizo al personal de Van Wert Health para que le brinde tratamiento a mi menor de edad en caso de que no pueda acompañar a tal paciente a su cita o al hospital.</p> <p>Por tanto, autorizo a _____ (persona mayor de 18 años que acompañe al menor) de la siguiente manera:</p> <p>Por favor, marque una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo que esta persona procure el tratamiento médico (incluido cualquier tipo de procedimiento, cirugía o punción lumbar) y presto mi consentimiento para dicho tratamiento si los intentos de contactarme resultaran infructuosos.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo que esta persona procure el tratamiento médico (incluido cualquier tipo de procedimiento, cirugía o punción lumbar) y presto mi consentimiento para dicho tratamiento sin necesidad de que me contacten.</p> <p>Esto incluye llevar al/a la menor a Van Wert Health, informar los antecedentes de la enfermedad actual, divulgar información médica protegida, acompañar los procedimientos de estudio de investigación con consentimiento y presenciar cualquier examen físico realizado por el prestador.</p> <p>Esta persona adulta tiene la responsabilidad de transmitir los diagnósticos, planes de tratamiento o prescripción(es) al padre/madre o tutor legal.</p> <p>Acepto asumir la responsabilidad financiera de todos los copagos, coseguros y cualquier cargo que no pague el seguro.</p> <p>Por favor, marque una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> Este formulario mantendrá su vigencia hasta que sea revocado por escrito.</p> <p><input type="checkbox"/> Este formulario es VÁLIDO ÚNICAMENTE durante las siguientes fechas: Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de vencimiento: _____</p>	
_____ <small>FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL</small>	_____ <small>FECHA/HORA</small>
_____ <small>FIRMA DEL TESTIGO</small>	_____ <small>FECHA/HORA</small>
Información del padre/madre o tutor legal	
Nombre	Relación con el/la paciente
Dirección	
Teléfono celular	Otro



Información médica para la atención médica de un/a paciente menor

Nombre del/de la paciente (Apellido, Nombre, inicial del segundo nombre)			Fecha de nacimiento		Número de Seguridad Social	
Información sobre el seguro médico						
Nombre de la compañía de seguro médico				Número de teléfono		
Número de póliza		Número de grupo		Nombre del grupo/empleador		
Nombre del miembro				Número de identificación del miembro		
Información médica del/la paciente						
Alergias						
Alergias a medicamentos						
Medicamentos que está tomando el/la menor						
Otra información que deba adjuntarse a este documento			Fotocopia de la tarjeta del seguro (anverso/reverso)			
<input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación			<input type="checkbox"/> Otro: _____			
<input type="checkbox"/> Identificación con foto del padre/ madre que concede la autorización						
Información del prestador						
Prestador de atención primaria			Número de teléfono			
Cirujano/Ortopedista			Número de teléfono			
Farmacia preferida			Ubicación/dirección			
Información del padre/madre o tutor legal						
Prestador de atención primaria				Relación con el/la paciente		
Dirección						
Teléfono celular			Otro			
Formulario completado por:						
Aclaración del nombre		Firma		Fecha		