

ear, nose & throat associates OF CORPUS CHRISTI

DISEASES and SURGERY of the EAR, NOSE & THROAT and FACIAL PLASTIC and RECONSTRUCTIVE SURGERY

AUTORIZACIÓN PATERNA PARA MENORES

Para las familias que han establecido relaciones con nuestra práctica, puede ser conveniente disponer de autorización de archivo para recibir atención médica para los niños cuando los padres no puedan estar presentes para el tratamiento. Este formulario autoriza a Oído, Nariz, y Garganta Asociados para proporcionar atención médica o tratamiento a un menor que se acompaña a una consulta de un adulto que no es padre o tutor legal del menor.

AUTORIZACION

Nombre a _____ quien es
(Nombre) (Dirección)

mi hijo/hija _____ por consentimiento a la entrega de
(Especificar la naturaleza de la relación a menor)

atención médica para mi hijo/hija _____ en mi ausencia.
(Nombre del Menor) (Fecha de Nacimiento de Menor)

LIMITACIONES

Identificar limitaciones en el tipo de servicios médicos para que esta autorización se da. Si ninguno, estado "Ninguno".

Identificar limitaciones en el marco de tiempo para que esta autorización se da. Si ninguno, estado "Ninguno".

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por escrito a Oído, Nariz, y Garganta Asociados.

INORMACION DE CONTACTO

Si la naturaleza de la asistencia medica no es rutinaria o considerada urgente, por favor póngase en contacto conmigo (nosotros) en cuanto a la asistencia medica de mi hijo/hija por los números de teléfonos siguientes:

Nombre del Padre/Guardián: _____ Nombre del Padre/Guardián: _____

Numero de Teléfono Móvil: _____ Numero de Teléfono Móvil: _____

Numero de Teléfono de Día: _____ Numero de Teléfono de Día: _____

Firmas de los padres o tutor legal:

Por Favor Imprima el Nombre *Relación*

Por Favor Imprima el Nombre *Relación*

La Firma *La Fecha*

La Firma *La Fecha*