

# Consentimiento para tratar a un menor



1 ( 800 ) 30 0 - OM NI ( 6664 ) w ww. Omni F amil y He alt h. o rg

En el caso de que, (nombre del padre / tutor) \_\_\_\_\_, no pueda acompañar a mi hijo (nombre del niño y fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ a su cita en una clínica de Omni Family Health. Doy permiso para que las siguientes personas lo traigan (la persona debe ser mayor de 18 años, con una identificación con foto válida, y debe tener una copia de la licencia de conducir o identificación de los padres si este formulario es devuelto por alguien que no sea el padre):

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relaciones al Menor

### Por favor seleccione todas las respuestas válidas:

- Doy permiso para que esta persona busque tratamiento (incluyendo cualquier tipo de medicamento o prueba de diagnóstico necesaria) sin tener que contactarme.
- Doy permiso para que esta persona consienta en procedimientos menores o pruebas de diagnóstico, etc. sin tener que contactarme.
- Doy permiso para que esta persona consienta las vacunas sin tener que contactarme.
- Doy permiso para que esta persona consienta en buscar evaluación y tratamiento dental sin tener que contactarme.
- Doy permiso para que esta persona traiga a mi hijo a cualquier servicio de salud conductual

### Vencimiento (marque UNO):

- No hay vencimiento de esta designación.
- Esta designación es válida solo durante el siguiente período de tiempo: \_\_\_\_\_
- Efectivo desde: hasta: \_\_\_\_\_
- ¿Hay alguien a quien NO se le permita dar su consentimiento para visitas médicas o dentales / tratamiento para este niño? De ser así, proporcione documentación legal para tener en el archivo y el nombre de la (s) persona (s)

**Recordatorio: haga que una persona que traiga a su hijo traiga un comprobante de su identificación (es decir, licencia de conducir / pasaporte válidos) al momento de la visita.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de Casa

\_\_\_\_\_  
Numero de Cellular

\_\_\_\_\_  
Numero de Trabajo

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de Omni Family Health

\_\_\_\_\_  
Fecha

Detalles revisados y fecha: