



Centros pediátricos Cary/Apex/Fuquay-Varina

Consentimiento para proporcionar tratamiento a un niño menor de edad

Yo, el padre/la madre o el tutor de los siguientes pacientes:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

solicito y autorizo por medio del presente documento a cualquier médico o enfermero practicante de los centros pediátricos Cary, Apex o Fuquay-Varina, y a su personal, a prestar los servicios necesarios para mis hijos que el proveedor considere aconsejable, en mi presencia o en la presencia de los siguientes individuos.

A continuación, hay una lista de personas que tienen mi permiso para traer a mi(s) hijo(s) para recibir tratamiento:

Los pacientes pueden asistir solos SI tienen 16 años o más de edad.

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

Además, autorizo que se comparta con las personas arriba mencionadas la información médica protegida relacionada con los niños cuyos nombres se indican en la parte superior de este documento. Las excepciones o restricciones que se aplican a esta autorización son las siguientes:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |

Esta autorización continuará en vigor indefinidamente y se revisará anualmente.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito.

Firma del padre/la madre o tutor

**Aclaración del padre/la madre o tutor en letra de
impresión**

Fecha _____