HOLLAND PEDIATRIC ASSOCIATES, PLC

926 Washington Ave., Building C • Holland, MI 49423 • www.hollandpediatrics.com • P: 616.393.0166 • F: 616.393.0167

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR PARA LA ATENCIÓN DE MENORES

Nuestra política es que un **padre biológico/adoptivo o tutor legal** debe acompañar a un menor de edad (menor de 18 años) a todas las citas. Sin embargo existen situaciones en que uno de los padres debe delegar el cuidado de un hijo a un cuidador (padrastro, abuelo, niñera, otro pariente, etc.). En este caso, la autorización de los padres debe entregarse ANTES de cualquier tratamiento prestado a su hijo. Este formulario le permite delegar un cuidador para que su hijo(a) pueda obtener el tratamiento médico en dicha ocasión.

NIÑOS

Por favor, lista de todos los niños (menores de 18 años) que son pacientes en Holland Pediatric Associates, PLC:

Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Alergias/Condiciones Especiales
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

☐ ¡SÍ!

Me gustaría asignar una o más cuidador(es) para llevar a los niños mencionados anteriormente a Holland Pediatric Associates, PLC con el fin de recibir el tratamiento médico requerido.

El (Los) cuidador (es) que se enumeran a continuación tienen mi permiso para que el (los) niño (s) enumerado(s) a Holland Pediatric Associates, PLC en mi ausencia, puedan realizar cualquier acto que sea necesario o adecuado para proporcionar la atención de salud del (los) menor(es) . Las atribuciones son:- (1) Proporcionar dicha atención de salud en Holland Pediatric Associates, PLC u otra institución; la atención de cualquier médico, enfermera u otra persona cuyos servicios puedan ser necesarios para el cuidado de salud del (los) niño(s); (2) Proporcionar vacunas u otros procedimientos de salud, con doctores, enfermeras o personal de salud que requieran permiso especial del guardián legal. También autorizo a Holland Pediatric Associates, PLC para liberar cualquier información necesaria para la compañía de seguros de mi hijo u otros consultorios médicos involucrados en el curso de examen o tratamiento. También autorizo el pago directamente a Holland Pediatric Associates, PLC. Reconozco y acepto la responsabilidad personal de los servicios no cubiertos.

CUIDADORES (deben tener 18 años de edad o más)

Los padres biológicos/adoptivos o tutores legales NO necesitan ser enumeradas.

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Número de Teléfono: _____

Relación con el Paciente(s):_____

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Número de Teléfono: _____

Relación con el Paciente(s):_____

☐ ¡NO!

Me niego a ceder el cuidado a alguna persona para a llevar a mi hijo(a) a Holland Pediatric Associates, PLC con el fin de recibir tratamiento médico.

FIRMA

NOTA: El padrastro no pueden firmar por hijastros. Sólo los padres biológicos/adoptivos y tutores legales pueden inscribirse.

****BAJO LA LEY DE MICHIGAN, ESTE FORMULARIO ES VÁLIDO POR SEIS (6) MESES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN FIRMADA A CONTINUACIÓN.****

Nombre (impreso): _____ Relación con el Paciente(s): _____
Primer Nombre Apellido

Firma: _____ La Fecha de Hoy: _____

USO EXCLUSIVO DE OFICINA

Expiration Date: _____ Staff Initials: _____
Fecha de Caducidad Las Iniciales del Personal