DECATUR PEDIATRIC GROUP, P.A.

Providing medical care for newborns, children, and teens

Autorización temporal para el tratamiento médico de un menor de edad

Estoy enterado que mi niño puede requerir el tratamiento médico cuando no puedo estar presente. En mi ausencia, doy mi permiso al _____,
(Nombre y relación individuales al niño)

para autorizar el tratamiento médico para mi niño/ niña _____ ,
_____,
(Fecha de nacimiento)

Además, el médico que trata tiene mi permiso de referir cualquier necesidad inesperada del cuidado de mi niño al hospital o al médico apropiado del servicio de proporcionar el cuidado óptimo para el tratamiento de la enfermedad o de lesión.

Entiendo que soy responsable de cualquier obligación financiera para los servicios rendidos a mi niño.

Esta autorización comienza el _____ y termina el _____.
(Fecha) (Fecha)

_____	_____	_____
Padre/firma representativa legal	Relación al paciente	Fecha

_____	_____
Padre de la impresión/nombre representativo legal	Número de teléfono del contacto

_____	_____	_____
Testigo a la firma	Nombre de la impresión del Testigo	Fecha

INFORMACIÓN MÉDICA, FÍSICA, Y DEL SEGURO

Por favor completo:

Alergias: _____

Medicaciones: _____

Erónico de la enfermedad: _____

Otra Informacion Medica Pertinente': _____

_____

Portador de seguro: _____ **del Miembro ID #**_____