



## Consentimiento por Delegacion para el Cuidado Pediátrico

Para familias quienes están pacientes corrientes de Drs. Ronald Clarke MD, Jo Ann Nielsen MD, James Resk MD, Troy Stoeber MD, Kristine Uyesugi MD, Magdalenne Corso MD, Timofey Galuza PsyD

**Se animamos acompaña su hijo a las citas cuando sea posible, pero entendemos que no puede que siempre esté disponible cuando su hijo necesita atención médica. Este formulario le permite delegar otras personas para actuar en su nombre.**

Yo por este medio nombro,

Primer Nombre	Apellido	Teléfono	Relación al paciente
Primer Nombre	Apellido	Teléfono	Relación al paciente

como el poder de atención médica para consentimiento al cuidado médico que no es urgente para mi(s) hijo(s) nombrada abajo. Yo tengo el derecho legal delegar tal consentimiento al poder de atención médica, quien es un adulto y legalmente y médicamente es competente para ejercer la autoridad. \*\*Tenga en cuenta que información médica y protegida del paciente puede ser compartida con el apoderado para ayudar de tomar las decisiones de atención médica.\*\*

Nombre del paciente: _____	Fecha de Nac: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de Nac: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de Nac: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de Nac: _____

### LIMITACIONES

- Especifique el tipo de la cita para esta autorización:
  - Atención del niño enfermo** - Incluye pero no limitado a: prueba de garganta, tratamiento de verrugas, limpieza de quemadura leve, o sutura de laceración pequeña
  - Chequeos rutinarios de niños sanos/Físicas** - Incluye pero no limitado a: las vacunas
- Especifique un plazo para esta autorización. (Si no se da un plazo, este formulario expirará en uno año de la firma y fecha):
  - Ninguna (nunca expira)
  - 1 AÑO
  - OTRA FECHA: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN de CONTACTO de LOS PADRES:** Si el tipo del cuidado médico no está de rutina, por favor intenta contactarme (o Padre/Tutor secundario) en los siguientes números teléfonos.

1. _____	_____	_____	_____
Nombre con Letra de Molde del Padre/Tutor	Relación del Paciente	Teléfono Primario	Teléfono Secundario
2. _____	_____	_____	_____
Nombre con Letra de Molde del Padre/Tutor	Relación del Paciente	Teléfono Primario	Teléfono Secundario

\_\_\_\_\_  
Firme del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha