

Formulario de consentimiento de cuidador alternativo

Autorizo a las siguientes personas para que lleven a mis hijos a sus citas:

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Certifico que las personas nombradas anteriormente son mayores de 18 años de edad a partir de esta fecha.

Autorizo a la (s) persona (s) mencionada (s) anteriormente para que acepten el tratamiento para mis hijos. Esto puede incluir, entre otros, el consentimiento para los medicamentos, las inmunizaciones, los procedimientos y la hospitalización necesarios. Spring Hill Pediatric Care puede transmitir cualquier información médica, incluida la información médica protegida, sobre mi hijo que sea necesaria para que la (s) persona (s) nombrada (s) mencione (n) el consentimiento informado para el tratamiento.

Entiendo que el médico comunicará sus hallazgos y su plan de tratamiento al cuidador que trae al niño y que, en la mayoría de los casos, no debería ser necesario que me llame personalmente. Acepto ser responsable de cualquier tarifa por los servicios solicitados por la (s) persona (s) mencionada (s) anteriormente mencionada (s) cuando mi compañía de seguros lo permita.

Estoy de acuerdo en mantener a Spring Hill Pediatric Care, PA, y su personal inofensivo por cualquier desacuerdo entre las personas nombradas anteriormente y yo con respecto a las decisiones de tratamiento.

Certifico que soy el padre o tutor legal de los siguientes niños y que tengo la autoridad legal para hacer este acuerdo. Entiendo que puedo revocar esta autorización para cualquiera o todas estas personas en cualquier momento.

Niños cubiertos por este consentimiento (enumere los nombres completos y las fechas de nacimiento):

- 1.)
- 2.)
- 3.)
- 4.)
- 5.)

Nombre del padre / tutor	Fecha	Firma
--------------------------	-------	-------