



Choptank Community Health System, Inc.

Autorización no Parental, consentimiento a la atención médica/odontológica/quirúrgica y tratamiento

I, _____, Padre o tutor legal del niño / a continuación por la presente doy mi autorización y consentimiento para el abajo nombrado (s) autorizado para acceder a la atención médica/odontológica/quirúrgica y el tratamiento de mis hijos. Por la presente autorizo y conceder que la abajo nombrado (s) ha permiso para cualquier procedimiento médico, quirúrgico o tratamientos que se consideren necesarios para el bienestar de mis hijos. Si el niño presenta con alguien que no está incluida en este formulario, se hará todo lo posible en contacto con el padre o tutor legal. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a CCHS de cualquier cambio a las personas autorizadas.

* Bien niño comprueba no se realizará sin padres o tutor presente en el momento de oficina visita.

** Excluye a pacientes atendidos en un centro de salud de CCHS escuela base.

Estoy, por este documento, que representa que tengo la autoridad para dar su consentimiento para todos atención médica/odontológica/quirúrgica y tratamiento de menores dijo:

_____	_____	_____
Firma	relación con hijo (s)	fecha

Hijo (s):

_____	_____
Nombre	fecha de nacimiento
_____	_____
Nombre	fecha de nacimiento
_____	_____
Nombre	fecha de nacimiento
_____	_____
Nombre	fecha de nacimiento

Persona o personas autorizadas para recibir atención médica para los menores mencionados:

_____	_____	_____
Nombre	fecha de nacimiento	relación con hijo (s)
_____	_____	_____
Nombre	fecha de nacimiento	relación con hijo (s)
_____	_____	_____
Nombre	fecha de nacimiento	relación con hijo (s)