

Estrella Pediatrics, P.C.

Nombre del Paciente: _____

DOB: _____

Nombre del pariente o guardián: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Las siguientes personas tienen mi permiso para autorizar tratamiento médico si no estoy disponible para dar mi consentimiento. Entiendo que es la responsabilidad de los padres para notificar a Estrella Pediatrics de los cambios en el listado de personal médico autorizado por escrito.

1. Nombre _____

Teléfono _____

Relación _____

2. Nombre _____

Teléfono _____

Relación _____

3. Nombre _____

Teléfono _____

Relación _____

AUTORIZACIÓN PARA RESULTADOS

Tenemos que exigir que a veces te dan lo que se clasifica como información de salud protegida. Por favor déjenos saber cómo podemos contactarlo con esta información y si podemos dejar un mensaje.

¿Podemos dejar mensajes confidenciales o detallados en su número de teléfono primario?

Sí _____ No _____ Teléfono principal: _____

¿Podemos dejar mensajes confidenciales o detallados en su número de teléfono alternativo?

Sí _____ No _____ Teléfono alternativo: _____

¿Podemos enviar mensajes breves, como recordatorios de citas o póngase en contacto con nosotros, a través de mensajería de texto?

Sí _____ No _____ número SMS de texto: _____

Con la firma de este acuerdo, reconozco que es mi responsabilidad informar a Estrella Pediatrics, P.C. de cualquier cambio en la información.

→ _____
Firma de padres o guardián

Fecha

→ _____
Padre o Guardián Letra de molde

Relación