



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	
<i>Por favor completo:</i>	
Alergias: _____	
Medicaciones: _____	
Erónico de la enfermedad: _____	
Otra Informacion Medica Pertinente': _____ _____	
Portador de seguro: _____ del Miembro ID # _____	