

CAROLINAS EYE CENTER

CONSENTIMIENTO PARA BRINDAR TRATAMIENTO MÉDICO A UN MENOR (CUANDO EL PADRE O EL TUTOR NO ESTÁN PRESENTES)

Designación de una persona alternativa para que preste consentimiento para que se brinden servicios médicos +

Por el presente manifiesto que soy el padre biológico o el tutor con custodia legal del menor mencionado anteriormente y que estoy autorizado a prestar consentimiento en nombre del menor para que se brinden servicios médicos. Por el presente designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que preste(n) consentimiento para la prestación de los servicios médicos que se describen a continuación, que se realizarán bajo la supervisión o por recomendación del médico, cuando sea evidente que dichos servicios son necesarios y no haya sido posible comunicarse conmigo o con otro padre o tutor legal autorizado:

Nombre de la(s) persona(s) designada(s) para prestar consentimiento para la prestación de servicios médicos

Form box containing fields for 'Dirección:' and 'Teléfono:' with horizontal lines for text entry.

Servicios médicos para los cuales puede prestar su consentimiento la persona designada:

La(s) persona(s) especificada(s) anteriormente NO está(n) autorizada(s) a prestar consentimiento para el/los siguiente(s) servicio(s) médico(s):

Three horizontal lines for listing medical services not authorized.

Este consentimiento para brindar tratamiento será válido por 1 año o hasta que yo u otro padre/tutor legal autorizado le presentemos a \_\_\_\_\_ una revocación por escrito, lo que suceda primero.

Firma del padre/tutor \_ \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mes Día Año Firma del testigo \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_