



Nombre del centro de atención médica: _____

Autorización para llevar a un menor

Este formulario de autorización se usará cuando una persona que no sea el familiar o tutor legal lleve a un menor a un consultorio médico.

Marque todo lo que corresponda

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Evaluación	Tratamiento	Administración de vacunas

Por la presente doy el permiso para que la siguiente persona lleve a mi(s) hijo(s) al consultorio por los servicios que marqué anteriormente.

Nombre	Relación con el(los) niño(s)	Válido hasta

Comprendo que cuando la(s) persona(s) identificada(s) anteriormente lleve(n) a mi hijo a Primary Care Partners, _____ (nombre del centro de atención médica) por un problema médico, puede divulgarse la información protegida de salud de mi(s) hijo(s) que el proveedor médico considere pertinente para la visita médica.

Comprendo que cuando la(s) persona(s) identificada(s) anteriormente lleve(n) a mi(s) hijo(s) a una consulta de rutina o a un tratamiento por un problema médico, es posible que esa persona tenga que dar su consentimiento para que se le proporcione a mi(s) hijo(s) los servicios médicos que el proveedor médico determine que son necesarios para la atención y tratamiento médicos de mi(s) hijo(s). Por la presente autorizo a la(s) persona(s) que se mencionada(s) a dar su consentimiento para la prestación de servicios médicos a mi(s) hijo(s) indicados anteriormente por parte de los proveedores médicos de Primary Care Partners, _____ (nombre del centro de atención médica).

Nombre del padre o la madre/tutor legal

Firma

Relación con el(los) niño(s)

Fecha

Esta autorización tendrá vigencia en cada visita en que la(s) persona(s) identificada(s) anteriormente lleve(n) a su(s) hijo(s) al consultorio de _____, Primary Care Partners, a menos que usted proporcione una fecha de vencimiento O un aviso por escrito que revoque la autorización a los centros de atención médica de Primary Care Partners enumerados anteriormente.

Iniciales