



AUTORIZACIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO PARA NIÑO MENOR

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Autorizo que las siguientes personas acompañen a mi hijo a sus citas.

_____ **No doy mi autorización** ___ para que Children's Specialized Hospital aborde verbalmente ni divulgue información médica sobre la visita de mi hijo.

_____ **No doy mi autorización** ___ para que vean cualquier registro médico ni que tomen decisiones sobre atención médica de rutina de mi hijo.

La persona que traiga a su hijo necesita presentar una **identificación con fotografía** al momento del servicio.

| Nombre de las personas: | Relación con el paciente: |
|-------------------------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Como padre o tutor legal, entiendo que debo presentarme a la oficina, en persona, para firmar **todos los planes de tratamiento, consentimientos de medicamentos o consentimientos informados antes de que puedan realizarse procedimientos para mi hijo.** También entiendo que es mi responsabilidad proporcionar el pago o una fuente de pago en el día en que se presten los servicios, incluso cuando estas personas autorizadas lleven al niño.

Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de firma, a menos que yo notifique por escrito sobre mi retiro del mismo.

(Nombre del padre o madre/representante legal en letra de molde)

(Firma del paciente/padre o madre/representante legal)

(Fecha de la firma)

(Representante de Children's Specialized Hospital)

(Fecha de la firma)