Consentimiento para Tratamiento

Yo, _____, padre/madre/tutor legal de:
Paciente:

_____ _____

NOMBRE Fecha de Nacimiento

Por medio del presente otorgo mi autorización y consentimiento para que mi hijo(a) (nombrado arriba) sea atendido por (Kidsville Pediatrics PLLC) y/o cualquier médico o enfermero(a) practicante de Kidsville Pediatrics PLLC, y consiento a la atención médica/quirúrgica, salud conductual, pruebas o tratamiento de alergias, inmunoterapia o tratamiento, vacunas y tratamiento de mi hijo(a).

Adicionalmente, por medio del presente autorizo y otorgo que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación tiene(n) permiso de los padres naturales para firmar por cualquier procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento o vacuna que se considere necesario para el bienestar de mi(s) hijo(s). Esto también constituye permiso para llevar a mi(s) hijo(s) a revisiones de niño sano y a todas las vacunas necesarias, citas de salud conductual, análisis de laboratorio, pruebas de alergia, inmunoterapia o pruebas rápidas que se administran de forma rutinaria en la visita de niño sano o en cualquier visita por enfermedad. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que sea revocado por escrito.

- **¿Existe algún acuerdo de custodia que debamos conocer? _Sí / No_____**
- **<u>Si la respuesta es sí, por favor proporcione la documentación en la primera cita.</u> Los padres/tutores deben revelar cualquier orden de custodia, orden de posesión, orden de restricción o limitación en la toma de decisiones médicas, no solo un "acuerdo de custodia".**

Persona(s) Autorizada(s):

_____ _____ _____

NOMBRE Parentesco con el paciente Teléfono de contacto #

_____ _____ _____

NOMBRE Parentesco con el paciente Teléfono de contacto #

Por medio de este documento declaro que toda la información relativa a la autoridad para presentar al niño(a) para tratamiento es verdadera, y que tengo la autoridad para consentir a toda la atención y tratamiento médico/quirúrgico de dicho(s) niño(s):

_____

Firma Fecha