



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD SIN LA PRESENCIA DE SUS PADRES

1. Yo, el abajo firmante, padre o guardián legal de:

Nombre del menor

Fecha de nacimiento del menor

por medio de la presente, doy mi consentimiento y autorizo a Salud Family Health Centers, a sus clínicas asociadas, proveedores y personal de Salud, a proporcionar servicios de atención médica, dental y de salud mental al menor de edad durante el año que viene, incluso en mi ausencia, cuando así lo aconseje o recomiende un proveedor en Salud. Comprendo que está dentro de la discreción del proveedor la decisión de requerir notificación adicional, consentimiento o comunicación con el padre o guardián legal cuando se preste atención médica al menor de edad.

2. Comprendo que es política de Salud que los menores de edad deben estar acompañados por un padre o guardián legal en una visita, a menos que el niño tenga 13 años de edad o más y yo haya firmado esta autorización.
3. Comprendo que es mi responsabilidad garantizar el transporte de mi hijo a la clínica y de la clínica.
4. Comprendo que puedo cambiar de opinión más adelante y decidir que no quiero que mi menor de edad reciba servicios en Salud. Si yo cambio de opinión, acepto informar esta decisión a Salud por medio de un miembro del personal o proveedor de una clínica de Salud.
5. A partir de la fecha que está más abajo, es de mi conocimiento que este formulario de autorización es válido por un año, hasta que Salud reciba de mi parte una revocación por escrito, o hasta que el menor de edad cumpla sus 18 años.
6. Entiendo que Salud necesita cubrir sus gastos. Acepto permitirle a Salud facturar a cualquier compañía de seguro médico aplicable. Voy a darle a Salud la información sobre el seguro. Si yo no tengo seguro, acepto discutir con Salud la elegibilidad de la familia para los programas de seguros públicos o las opciones de descuento. Reconozco mi responsabilidad de todos los pagos en relación con la atención y el tratamiento durante el período antes mencionado.

Firma del padre/guardián legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre en imprenta del padre/guardián legal: _____

Número de teléfono de emergencia: _____