



*Autorización para Cuidado Médico/Dental de Menores o Adultos
con Discapacidades (Sin Padre / Tutor Legal Presente)*

DECLARACIÓN DE PROPÓSITO DE ESTA FORMA:

Las familias o tutores legales, quienes son pacientes del Servicio de Salud Comunitaria Inc. (CHSI) son capaces de conceder permiso a CHSI para proporcionar tratamiento(s) para cuidado preventivo, heridas, enfermedad que no son mortal y cuidado dental para menores o para adultos con discapacidades. Completando este formulario proporciona permiso legal para CHSI para tratar a los menores de 14 a 17 años de edad o mayores con discapacidad sin cualquier padre / guardián legal presente.

Información del Paciente:

Nombre: _____ **F.D.N:** _____ **I.D #:** _____

AUTORIZACIÓN:

Nombre del padre/guardián legal

Fecha de Nacimiento

Yo _____ doy la autorización a CHSI para tratar al menor o adulto con discapacidades que se enumeran arriba para el cuidado médico/dental acompañado por la persona (s) autorizada que enumeré abajo o sin mí estando presente para que soy la parte legalmente responsable:

PERSONA(S) AUTORIZADA PARA ACOMPAÑAR A MENORES/ADULTOS CON DISCAPACIDAD: (imprimir nombre)

Nombre: _____ Relación al Menor/Adulto _____

Nombre: _____ Relación al Menor/Adulto _____

Esta autorización es válida para: La visita de Hoy: _____ 1 Año, Renovar en: _____

de Emergencia 1: _____ # de Emergencia 2: _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN:

Yo entiendo que estoy dando permiso a CHSI para tratar los mencionados menores/adulto con discapacidad en el caso de que él/ella se presenta a la clínica con uno de los individuos autorizados enumerados arriba. Estoy otorgando permiso para remitir información médica o de otra forma pertinente de esta visita a la compañía de seguros, si es aplicable. Entiendo que hay ciertos procedimientos/papeleo que necesitarán una presencia legal del guardián o firma. CHSI hará todo lo posible para notificar a los guardián s de los procedimientos/trámites antes de la fecha de la cita.

Firma del padre/guardián legal

Fecha

Nombre del Personal (imprimir)

Fecha

****** NOTA ******

- Un padre/guardián legal DEBE estar presente para la primera visita de un paciente menor con CHSI
- Las vacunas no pueden ser dadas sin un padre/ guardián legal presente