



Autorización de tratamiento para menores

Nombres de los menores	Fecha de nacimiento	Alergias o condiciones especiales

Nombres del padre/madre: _____ / _____

Yo/Nosotros, los padres biológicos o tutores del menor mencionado arriba damos nuestro permiso para que **IHA** dé tratamiento médico según sea necesario para la salud de mi hijo, incluyendo exámenes, procedimientos de diagnóstico y dar tratamiento médico según lo considere necesario el Proveedor responsable. **Autorizo a IHA o a sus representantes a actuar en mi nombre para dar a mi hijo dicha atención cuando no puedan comunicarse conmigo.**

Nosotros/Yo seré responsable de entregar a IHA la historia pertinente actualizada y la información de la condición médica antes de cada cita y hacer los arreglos para recibir instrucciones de seguimiento y planes de tratamiento. Si los esfuerzos para comunicarse conmigo no tienen éxito, autorizo a Integrated Health Associates a tomar las acciones apropiadas y a dar el consentimiento en mi nombre según lo dicte su criterio.

Y, además autorizo a los adultos mencionados abajo y padrastro/madrastra para tomar las decisiones médicas según la lista de arriba en mi ausencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Esta autorización incluye administrar vacunas según lo considere apropiado el Proveedor responsable. Esta autorización se puede cancelar en cualquier momento y debe permanecer activa hasta el momento en que se cancele por escrito o se reciba una nueva autorización actualizada. **Yo/Nosotros entendemos que somos responsables de todos los cargos razonables relacionados con la atención y tratamiento de mi hijo mencionado arriba.**

Firma de autorización: _____ **Fecha:** _____

Nombre completo del padre/madre/tutor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Testigo: _____ **Lugar de la clínica:** _____

Este es un documento legal. Este formulario se debe presentar al médico o representante apropiado del hospital en el momento en que se necesite la atención médica, hospitalaria o de vacunación. (La tutela legal necesita pruebas escritas).