

Consentimiento para el tratamiento de un menor no emancipado sin acompañante

Es política de Avance Care exigir este formulario de consentimiento completo y firmado por un padre, madre o tutor legal, junto con una copia de la licencia de conducir de dicha persona, para permitir el tratamiento de un menor no emancipado que no esté acompañado por su padre, madre o tutor legal ni por otro adulto autorizado. Avance Care debe recibir este formulario completo y firmado, junto con una copia de la licencia de conducir correspondiente, antes o al momento de la prestación de los servicios. Independientemente de si el paciente está acompañado por un adulto, el pago se espera el día del servicio y puede realizarse por adelantado por teléfono o en efectivo o con tarjeta de crédito al momento del registro.

Yo, _____ **[Nombre del padre/madre/tutor]** soy _____ **[Indicar relación]** de _____ **[Nombre del paciente]**, con fecha de nacimiento _____. Autorizo a Avance Care a brindar atención médica según lo que el proveedor considere médicamente apropiado, incluidos, entre otros: exámenes diagnósticos (como pruebas de laboratorio o estudios de diagnóstico por imágenes), tratamientos, procedimientos y la prescripción de medicamentos.

Este consentimiento es válido para la fecha de prestación del servicio ____/____/_____.

Si el menor necesita otros procedimientos diagnósticos invasivos o intervenciones quirúrgicas, intentarán comunicarse conmigo o con otro padre, madre o tutor del menor a los números que se indican a continuación, antes de iniciar dicha atención.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que tengo derecho a revocarla por escrito en cualquier momento, pero que dicha revocación no afectará ninguna acción que Avance Care haya realizado conforme a este consentimiento antes de recibir dicha revocación por escrito.

Si firmo este formulario, reconozco que leí y acepto este consentimiento, que tengo la capacidad y el entendimiento para comunicar decisiones sobre la atención médica y que comprendo en su totalidad el alcance de esta autorización dada a la persona designada en el presente documento, y que Avance Care respondió cualquier pregunta que haya tenido antes de firmar.

Firma

Nombre

Relación con el paciente

Número de teléfono

Dirección