

**Consentimiento para Menor**  
**Recibir Tratamiento**  
**En Ausencia de un Padre o Tutor**



Nombre del Paciente :	Fecha de Nacimiento:
-----------------------	----------------------

Yo, \_\_\_\_\_ (Padre/Guardian), doy permiso para que mi hijo sea evaluado y tratado en el Family Health Center y/o su escuela en mi ausencia. Además, doy permiso para que el proveedor comparta cualquier información de salud relevante con la persona que acompañe a mi hijo. Mi hijo estará acompañado por:

☐ Él/ella misma

☐ Pariente/Otro

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Número de Teléfono::	Relación:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Número de Teléfono::	Relación:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Número de Teléfono::	Relación:

Si no puedo llevar a mi hijo/a para recibir tratamiento en el Family Health Center, las personas mencionadas anteriormente pueden traer a mi hijo/a para recibir tratamiento que puede incluir:

- ✓ Examen físico y/o examen (como visión y presión arterial)
- ✓ Vacunas
- ✓ Análisis de Sangre y/u Orina
- ✓ Primeros Auxilios y Cuidado de Emergencia
- ✓ Prescripción y Tratamiento de Enfermedad
- ✓ Psicoterapia
- ✓ Referidos a un centro o servicio externo (como radiología o especialista)
- ✓ Tratamiento por Uso Sustancias
- ✓

Entiendo que este consentimiento solo es válido por un año a partir de la fecha de la firma. Si es necesario realizar cambios en esta lista en algún momento durante el año, será necesario completar un nuevo formulario.

X

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha