

Consentimiento para tratar a menores

Yo, el padre o tutor legal abajo firmante de un menor, por la presente solicito y autorizo al médico y/o proveedor de práctica avanzada de Blue Stone Health and Wellness, y a otros proveedores de atención médica o sus designados, a realizar exámenes médicos, pruebas, radiografías, anestésicos, tratamiento y atención que se consideren necesarios y estén disponibles para mi hijo durante su visita al consultorio o procedimiento ambulatorio. Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a Blue Stone Health and Wellness a tratar a mi hijo durante el tiempo que busque atención para mi hijo en este centro o hasta que retire mi consentimiento por escrito.

Tiene derecho a analizar el plan de tratamiento de su hijo con su médico, incluidos el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba solicitada. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido, incluido el consentimiento para ser tratado por Blue Stone Health and Wellness.

Imprima el nombre del paciente menor

Fecha

Nombre de la madre o tutor legal

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Permiso para que una persona alternativa acompañe a un menor

Lo mejor es que el padre o tutor acompañe a su hijo a cada visita al consultorio; sin embargo, nos damos cuenta de que a veces esto no es práctico debido a horarios de trabajo, etc. Por lo tanto, si desea que una persona alternativa pueda acompañar a su hijo a cualquiera de sus visitas a la clínica, necesitamos que complete el siguiente formulario. La persona suplente deberá tener 18 años o más.

No siempre podré acompañar a mi hijo a Blue Stone Health and Wellness, por lo tanto, doy permiso a la siguiente persona alternativa para que acompañe a mi(s) hijo(s) a la clínica de Blue Stone Health and Wellness.

Imprimir el nombre de la persona autorizada a acompañar a mi(s) menor(es) según se detalla a continuación a Blue Stone Health and Wellness.

Nombre(s) de mis hijos que pueden estar acompañados por la persona mencionada anteriormente (en letra de imprenta legible).

Además, doy permiso para que la persona mencionada anteriormente busque y apruebe el tratamiento para mis hijos mencionados anteriormente (incluidos exámenes médicos, procedimientos, medicamentos, vacunas, pruebas de diagnóstico, atención de salud mental, etc.) y doy mi consentimiento para dicho tratamiento.

Escriba en letra de imprenta la madre o tutor legal

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha