

FORMULARIO DE NOMBRAMIENTO DE TERCEROS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de residencia: _____

AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN LEGAL DEL PACIENTE

Representante legal del paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Soy el: Tutor o padre/madre Custodio legal Representante nombrado por un tribunal

Familiar _____

(indique su relación con el paciente antes mencionado)

1. Autorizo a la siguiente persona a dar su consentimiento a toda la atención médica y el tratamiento a brindarse en Chase Brexton Health Services, Inc. ("Chase Brexton Health Care") al paciente antes mencionado, durante el período comprendido desde _____ a _____.

INDEFINIDO

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono - CASA/CELULAR: _____

Número de teléfono - TRABAJO: _____

Relación con el paciente: _____

O

2. Doy mi consentimiento para que el paciente arriba mencionado asista solo a las visitas médicas sin que lo acompañen y doy mi consentimiento para el tratamiento médico del paciente para:

esta visita únicamente.

visitas futuras hasta _____ (fecha).

todas las visitas futuras hasta que especifique lo contrario por escrito.

Firma del representante legal

Fecha