

DESIGNACIÓN A FIN DE QUE OTRA PERSONA BRINDE SU CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS (Designación de Terceros)

Es posible que en ciertas ocasiones otra persona que no sea usted lleve a su hijo a su cita. Esa persona puede ser una niñera, un amigo o un miembro de la familia. También es posible que desee que su hijo adolescente asista a las citas sin un adulto. Utilice este formulario para informarnos quién además de usted puede dar su consentimiento respecto al tratamiento de su hijo.

Nombre Legal del Paciente/Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Preferencia de nombre (¿Cómo le gustaría ser dirigido?): _____

La(s) siguiente(s) persona(s) está(n) autorizada(s) a brindar su consentimiento respecto a TODO tipo de atención y tratamiento que pueda recibir dicho paciente/menor en Chase Brexton. Las personas que usted nombre deben ser mayores de 18 años.

1. Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el Paciente: _____

2. Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el Paciente: _____

El paciente/menor mencionado anteriormente puede asistir a las consultas por su cuenta sin la compañía de un adulto y puede brindar su consentimiento respecto a su propio tratamiento. El menor debe ser mayor de 16 años.

___ Sí ___ No

Vencimiento del Permiso

_____ Este formulario permanecerá válido hasta que sea cancelado.

_____ Este formulario es válido **SOLAMENTE** desde _____ hasta _____.

Nombre del Padre/Tutor Legal

Nombre: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____