Autorización para atender a un paciente menor de edad en ausencia de sus padres o tutor

Elite Dermatology & Plastic Surgery

Complete este formulario para autorizar a otro adulto a acompañar a su hijo después de la primera consulta y, cuando la ley lo permita, dar su consentimiento para la atención seleccionada a continuación.

1 Paciente y persona que otorga la autorización

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____ Parentesco o relación: _____

Teléfono para el día de la consulta: _____ Otro teléfono: _____

Nombre del padre o de la madre, si no firma: _____

Nombre de cualquier persona con custodia legal o tutor: _____

Tengo la autoridad legal para autorizar la atención médica de este menor y presentaré documentos que lo acrediten si se solicitan. Restricciones de custodia o de una orden judicial, si las hay:

_____

2 Adulto autorizado

Nombre: _____ Parentesco o relación: _____

Teléfono: _____

Autorizo a este adulto a acompañar a mi hijo después de la primera consulta, conforme a la Política de acompañamiento de pacientes menores de edad del consultorio. Si no se puede contactar a la persona legalmente facultada para dar su consentimiento y esta no ha comunicado expresamente lo contrario, este adulto podrá dar su consentimiento para la atención marcada a continuación, según lo permita la ley. El adulto deberá tener efectivamente a su cargo el cuidado, control y custodia física de mi hijo durante la consulta y presentar identificación si se le solicita.

3 Atención que el adulto puede autorizar

Marque todas las opciones que correspondan. Este formulario no autoriza los servicios que no se marquen.

☐ Exámenes dermatológicos de rutina y consultas de seguimiento.

☐ Pruebas diagnósticas de rutina y tratamientos dermatológicos tratados durante la consulta.

☐ Recetas, cambios de medicamentos, análisis de laboratorio, estudios de patología y derivaciones relacionados con la consulta.

☐ Procedimientos o cirugías autorizados específicamente (describa): _____

Otras limitaciones o instrucciones: _____

Para procedimientos estéticos electivos, cirugías o cualquier servicio que requiera consentimiento informado adicional, el consultorio deberá obtener, antes de proceder, el consentimiento específico requerido para el procedimiento de una persona legalmente facultada para otorgarlo. Esta autorización no sustituye dicho consentimiento ni ningún otro proceso de consentimiento exigido por la ley. Este formulario no autoriza la divulgación de información de salud más allá de lo necesario para participar en la consulta; una divulgación más amplia requiere una autorización por separado cuando la ley lo exija.

4 Fechas y firma

Fecha de inicio de la autorización: _____ Seleccione una opción de duración:

☐ Vigente desde la fecha de inicio hasta que la revoque por escrito.

☐ Una sola cita el: _____ ☐ Válida hasta el: _____

Puedo revocar esta autorización mediante aviso por escrito al consultorio. La revocación surte efecto cuando se recibe y no anula las medidas ya tomadas con base en esta autorización. El consultorio podrá contactarme para aclarar información u obtener consentimiento y podrá revisar periódicamente esta autorización. Este formulario no limita el derecho del menor a dar su propio consentimiento ni las medidas de emergencia permitidas por la ley.

He leído y comprendido este formulario y certifico que la información es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____