



INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:
-----------	----------------	-----------------	---	----------------------

CONSENTIMIENTO PARA AMIGOS Y FAMILIARES

En el evento de que yo necesite tratamiento médico y no pueda dar consentimiento para mi propio tratamiento; o mi hijo(a) necesite tratamiento médico y yo (u otro tutor legal) no pueda traer a mi hijo para tratamiento medico:

Yo, _____, otorgo autorización para que las siguientes personas puedan dar consentimiento para obtener tratamiento médico para mí o para mi hijo(a) y para discutir información de salud protegida en la medida en que Hillsboro Pediatric Clinic LLC considere necesario para proporcionar cuidado. Yo estoy consciente que esto puede incluir información tal como: diagnostico, pronostico y planes de tratamiento, medicación, los planes de alta y de instrucción, resultados de pruebas, recordatorio de citas, fracturación médica, seguro médico, y otra información médica relevante para el cuidado del paciente. Esta autorización será válida hasta que complete una nueva autorización o hasta que un aviso por escrito para revocar la autorización se reciba.

1. _____
 Nombre Relación al paciente # de Teléfono

Además, la persona nombrada arriba puede:

- Recoger Recetas Recoger documentos Preguntar sobre referencias
- Hacer/cambiar cita Acceso a datos de seguro médico/fracturación Preguntar sobre resultados de pruebas

2. _____
 Nombre Relación al paciente # de Teléfono

Además, la persona nombrada arriba puede:

- Recoger Recetas Recoger documentos Preguntar sobre referencias
- Hacer/cambiar cita Acceso a datos de seguro médico/fracturación Preguntar sobre resultados de pruebas

3. _____
 Nombre Relación al paciente # de Teléfono

Además, la persona nombrada arriba puede:

- Recoger Recetas Recoger documentos Preguntar sobre referencias
- Hacer/cambiar cita Acceso a datos de seguro médico/fracturación Preguntar sobre resultados de pruebas

Nombre del Paciente o Tutor Legal (en letra imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

0

Me niego a autorizar que otra persona pueda dar consentimiento para mi tratamiento médico o para el tratamiento médico de mi hijo(a)

Nombre del Paciente o Tutor Legal (en letra imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____