

400 Athletic Club Blvd Unit 101  
Clayton, NC 27527  
Phone : (919) 267-1499  
Fax : (919) 250-6272



4109 Wake Forest Rd. STE 300  
Raleigh, NC 27609  
Phone : (919) 250-3478  
Fax : (919) 250-6272

# Medical Authorization Form

## Consent for Patient Accompanied by party other than Parent or Legal Guardian

Esta **Forma de Autorización Médica** es para ocasiones cuando el paciente este acompañado por alguien que no sea su padre, madre, o tutor legal. Por ejemplo, si una niñera, tía, abuelo, padrastro, o amigo de la familia programa una cita, pide consejo médico, o trae al paciente en una cita en lugar de los padres, entonces sería necesario esta autorización. El padre o tutor legal puede revocar esta autorización en cualquier momento.

Yo \_\_\_\_\_, doy permiso a las siguiente personas el permiso de tomar decisiones médicas por mi hijo.

El Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_

**INDIQUE TODAS LAS PERSONAS QUE ESTÁN AUTORIZADOS PARA RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA SEGÚN LOS PARÁMETROS ANTERIORES. SERAN REQUERIDOS A PRESENTAR IDENTIFICACIÓN EN EL DIA DE LA CITA. SI ALGUIEN MAS APARTE DE LAS PERSONAS NOMBRADAS NOS CONTACTA CON RELACION A SU HIJO(A), CONTACTAREMOS A LOS PADRES O GUARDIANES PARA PEDIR PERMISO PARA TRATAR AL PACIENTE. EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA, TRATAREMOS Y HAREMOS TODO LO POSIBLE PARA CONTACTAR A LOS PADRES O GUARDIANES.**

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO TELÉFONO

Firma de los Padre : \_\_\_\_\_

Fecha:    /    /