



Consent For Patient Unaccompanied by an Adult

(patient MUST be 16 years or older)

Este formulario de autorización médica es para ocasiones en que el paciente no está acompañado por su padre o tutor legal. Por ejemplo, si el paciente llama y programa una cita, pide asesoramiento médico, o el paciente no está acompañado para cualquier cita. El padre o tutor legal puede revocar esta autorización en cualquier momento y puede enumerar limitaciones a esta autorización en el espacio que figura a continuación

Yo, _____, en _____, concedo permiso a mi hijo menor para ser examinado por y tomar decisiones médicas recomendadas por los niños Primeros Pediatría indefinidamente o hasta la fecha siguiente _____.

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Limitaciones: circunstancias o limitaciones de los servicios médicos para los cuales este consentimiento por proxy es inválido.

Firma padre o representante legal : _____

Fecha: / /