



AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO

Al completar este formulario de autorización de consentimiento por poder, les permite a los proveedores de Heartfelt Pediatrics LLC tratar a pacientes menores de edad (cualquier paciente menor de 18 años) en ausencia de sus padres o tutores legales, si el adulto designado acompaña al paciente menor de edad con este formulario completo en mano o en está en el archivo. Este formulario debe completarse por el padre/madre/tutor legal antes de que se realicen los servicios, y el adulto designado debe mostrar una identificación con foto en el momento del servicio. Este formulario es válido para las visitas de telesalud y presenciales y todo lo que conlleva esa atención, con las limitaciones que se indican a continuación. Este formulario debe completarlo **CADA** paciente menor de edad.

Yo, como padre/madre/tutor legal del paciente menor de edad:

Nombre del paciente menor de edad

Fecha de nacimiento

Por la presente autorizo a (persona distinta del padre/madre/tutor legal):

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento

Relación con el/la menor

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento

Relación con el/la menor

Como apoderado/responsable de la toma de decisiones de mi hijo(a) para consentir la atención médica de mis hijos que se muestran a continuación. Este apoderado también tiene mi permiso para recoger cualquier receta o documentación relacionada con el cuidado de mi hijo(a). Tengo derecho legal a delegar ese consentimiento en el apoderado/persona que toma decisiones. Certifico que esta persona designada es un adulto legal y médicamente competente para ejercer la autoridad aquí delegada. Entiendo que la información médica protegida de mi hijo(a) que sea directamente relevante para la participación del apoderado con el cuidado de mi hijo(a), puede ser compartida con el apoderado para facilitar la toma de decisiones informadas y por la presente acepto que se comparta la misma.

LIMITACIONES

Identifique cualquier limitación con los tipos de servicios médicos para los que se otorga este consentimiento por representación (por ejemplo, no administrar medicación clínica). **Si no hay limitaciones, elija "ninguna".**

☐ Ninguna

☐ Limitaciones (describa): _____

Identifique cualquier limitación en el plazo para el que se otorga este consentimiento por representación (por ejemplo, limitar a determinadas fechas cuando uno de los padres esté fuera de la ciudad o que venza en 1 año, etc.). Si no vence ni tiene límites, elija "ninguna".

☐ Ninguna

☐ Fecha de vencimiento: _____

☐ Limitaciones (describa): _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

Nombre completo	
Fecha de nacimiento	
Número de teléfono	

Nombre completo	
Fecha de nacimiento	
Número de teléfono	

Firma del padre/madre/tutor legal

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal

Fecha de hoy

Nota: solo es necesaria la firma de uno de los padres o tutores legales.