



Siskiyou Community Health Center

AUTORIZACIÓN TRATAR

Indique al proveedor de cuidados de su hijo o a cualquier otro miembro de la familia que regularmente cuida a su hijo que traiga este formulario a la clínica cuando usted no pueda traer personalmente a su hijo (menor de 15 años de edad) para darnos autorización específica para tratar a su hijo. El permiso lo deben proporcionar los padres o tutores legales del menor. No puede darlo un hermano, abuelo, etc.

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del niño y fecha de nacimiento: **Tenga en cuenta: si llena una divulgación médica para varios menores, use un formulario separado para cada uno.*

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Información del proveedor de cuidados del menor/miembro de la familia

Nombre completo (nombre y apellido): _____

Número de teléfono: _____ Parentesco con el paciente: _____

Yo, el infrascrito, he dado autorización para que el proveedor de cuidados del niño o miembro de la familia arriba mencionado, solicite tratamiento médico para mis hijos, incluso inmunizaciones, durante mi ausencia en las fechas siguientes:

Fecha inicial: _____ Fecha de finalización: _____

Entiendo que estos servicios pueden dar como resultado cargos facturados a mi seguro o a mí.

Información de contacto del padre/tutor

Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____

Dirección: _____

Compañía aseguradora: _____ Número de póliza: _____

Firma del padre

Fecha

Nombre en letra de molde

Firma del testigo

Fecha

Nombre en letra de molde