

Registro y consentimiento del paciente

Delegación de consentimiento para niños menores y reconocimiento de recepción de prácticas de privacidad

YO _____, autorizar Los niños primero Pediatrics, LLC y su personal para brindar cualquier

Nombre en letra de imprenta (paciente o tutor si es menor de 14 años)

total la atención médica y la atención que un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Alabama considere necesario y apropiado para el tomo y / o los niños enumerados a continuación. Este consentimiento incluye, pero no se limita a, tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos y atención de emergencia. Esta autorización será válida hasta que retire mi delegación de consentimiento.

(Por favor imprimir)

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____

La siguiente sección debe completarse si el paciente es menor de 14 años:

YO _____, autorizo a las siguientes personas a traer a mi (s) hijo (s) para recibir tratamiento

Nombre en letra de imprenta del padre biológico o tutor legal

y dar su consentimiento para cualquier y toda la atención y atención médica que un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Alabama considere necesario y apropiado. Este consentimiento incluye, pero no se limita a, tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos y atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que retire mi delegación de consentimiento.

Nombre: _____	Teléfono: _____	Relacion hacía el niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relacion hacía el niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relacion hacía el niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relacion hacía el niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relacion hacía el niño: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relacion hacía el niño: _____

Tenga en cuenta: Si el paciente es menor de 14 años, la persona mencionada anteriormente es la **SOLAMENTE** personas (que no sean padres biológicos o tutores legales) autorizadas para llevar a su (s) hijo (s) al médico.

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina que explica cómo se utilizará y divulgará la información médica de mi hijo o de mi hijo, y / o comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento si lo solicito. Además, acepto recibir llamadas, mensajes detallados o correspondencia sobre mis citas o las de mi (s) hijo (s), resultados de laboratorio y radiografías, u otra información de atención médica en la dirección y números de teléfono que figuran en la página 1 de este Paciente. Formulario de inscripción.

Si es mayor de 14 años, el paciente DEBE firmar este formulario.

Nombre en letra de imprenta (paciente o tutor si es menor de 14 años)

Firma (paciente o tutor si es menor de 14 años)

Testigo

Relación con el paciente

Fecha

Traductor / lector (si corresponde)