

	<b>Nombre del paciente</b>
	F. DE NAC.: Sexo: <b>SSN:</b>
	NRM: <b>CSN:</b>
	Fecha de visita:

**Preautorización para tratar el consentimiento de**

### PREAUTORIZACIÓN PARA TRATAR EL CONSENTIMIENTO DE MENORES

**Objetivo:** Este formulario se puede usar para permitir que los menores de edad legal para conducir (16 años o más) reciban cuidado y servicios de rutina en las oficinas médicas de Maryland Primary Care Physicians, LLC sin que haya un padre o un representante presente.

Para algunas familias, puede ser más conveniente contar con autorización previa que permita la atención médica de rutina a los menores si un padre o tutor legal no puede estar presente para dar su consentimiento. Si usted quisiera tener tal autorización previa en lugar, revise y complete el siguiente formulario autorizando tratamiento para su niño menor de edad por adelantado.

**AUTORIZACIÓN:**

Tengo el derecho legal de preautorizar a Maryland Primary Care Physicians, LLC y a su personal para dar tratamiento médico de rutina y servicios a mi hijo. La atención médica de rutina y las intervenciones pueden incluir, entre otros: evaluación médica, examen físico, radiografías, trabajo de laboratorio (los ejemplos incluyen: hisopos nasales o de garganta, extracción de sangre, tratamiento de verrugas con nitrógeno líquido, limpieza de quemaduras menores, sutura menor de laceraciones, remoción de quistes simples, cuidado anticonceptivo, incisión y drenaje de abscesos.)  
*Tenga en cuenta que: Maryland Primary Care Physicians, LLC no dará inmunizaciones, vacunas contra la alergia o antibióticos intramusculares/intravenosos si un padre o un apoderado no está presente para dar su consentimiento.*

Solicito y autorizo a Maryland Primary Care Physicians, LLC y a su personal a suministrar cuidado médico de rutina a mi hijo como se indica a continuación, que puede considerarse necesario o aconsejable en el diagnóstico y tratamiento del niño menor:

Nombre: RAB, EJEMPLO FdN: 7/1/2003

**LIMITACIONES:**

Identificar cualquier limitación específica en los tipos de servicios médicos para los que se otorga esta autorización (*en caso de que no haya*

  

*ninguno, indicar "ninguno")*

Información de contacto de los padres para preguntas relacionadas con el tratamiento:

Nombre del padre:

Teléfono durante el día:

Teléfono móvil:

Teléfono nocturno:

Nombre del padre:

Teléfono durante el día:

Teléfono móvil:

Teléfono nocturno:

Por la presente, indemnizo y mantengo indemne a Maryland Primary Care Physicians, LLC, y a todos sus oficiales, agentes, empleados, abogados, directores, aseguradoras, filiales, subsidiarias, empresas relacionadas, sucesores, herederos y cesionarios de toda responsabilidad por actuar en dependencia de esta autorización. El individuo designado como apoderado (mencionado arriba) está autorizado a tomar decisiones o dar su consentimiento a la atención en mi ausencia. También estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera de todos los cuidados y servicios prestados de conformidad con esta autorización. Esta autorización es válida por un año (1) después de la fecha firmada abajo a menos que sea retirada por escrito a Maryland Primary Care Physicians, LLC o restringida por el marco de tiempo como se indicó arriba. **Sólo se requiere la firma de un padre.**

MyChart, Bguer

11/6/2020

Firma del testigo

Fecha

Signature of Parent or Legal Guardian