

 <p>Consentimiento del apoderado para tratar a menores</p>	Nombre del	
	F. DE	Sexo: SSN:
	NRM:	CSN:
	Fecha de	HORA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL APODERADO PARA TRATAR A MENORES

Objetivo: Este formulario puede ser usado para permitir que un adulto que no sea un padre sirva como un apoderado para la toma de decisiones para la atención médica de rutina y los servicios en las clínicas de Maryland Primary Care Physicians, LLC.

Para algunas familias, puede ser más conveniente contar con autorización previa que permita la atención médica de rutina a los menores bajo el cuidado de un representante que puede tomar decisiones si un padre o tutor legal no puede estar presente para dar su consentimiento. Si usted quisiera nombrar a un representante de la toma de decisiones, revise y complete el siguiente formulario autorizando a un representante de la toma de decisiones para consentir y autorizar el tratamiento o los servicios médicos para y para participar en el cuidado de un menor.

AUTORIZACIÓN:

Por la presente designo a

Nombre:	Relación:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

como apoderado encargado de tomar decisiones para dar su consentimiento y autorizar el tratamiento y los servicios de atención médica de rutina para mis hijos) que se enumeran a continuación.

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). Maryland Primary Care Physicians, LLC también puede dar inmunizaciones, vacunas contra la alergia o antibióticos intramusculares/intravenosos con el consentimiento de su apoderado.

Por la presente autorizo y otorgo al responsable de la toma de decisiones designado anteriormente permiso para dar su consentimiento y autorizar la atención médica de rutina que se considere necesaria o aconsejable en el diagnóstico y tratamiento del menor de edad que se indica a continuación y para recibir información médica protegida directamente relevante para, y para propósitos de, su participación en este cuidado o pago relacionado con este cuidado.

(Puede haber más de un niño en la lista)

Nombre del niño:	F. DE NAC.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del niño:	F. DE NAC.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono móvil:	Teléfono nocturno:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del padre:	Teléfono durante el día:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono móvil:	Teléfono nocturno:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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