

Yuma Pediatrics LTD



2359 22nd Drive, Suite 2, Yuma, AZ 85364-8865

Tel. 928-344-4800 Fax 928-726-2377 www.yumapediatrics.com

AUTORIZACIÓN PARA CUIDADORES ALTERNATIVOS

(Este formulario es para el familiar o niñera que pueda acompañar al niño para visita de clínica.)

NOMBRE(S) DEL NIÑO/LOS NIÑOS:

FECHA(S) DE NACIMIENTO:

1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

En mi ausencia, yo, el abajo firmante padre/tutor otorga a las siguientes personas la autoridad para dar su consentimiento al tratamiento medico para mis hijos.

CUIDADORES:

PARENTESCO:

1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Esta concesión de autoridad temporal deberá comenzar en esta fecha _____
y deberá expirar en esa fecha _____ o hasta que rescinda por mi.

Entiendo que el cuidador deberán mostrar una identificación con foto, proporcionar información del seguro, y entregar los pagos por cada visita.

Nombre en Imprenta

Fecha

Firma

Parentesco

Este formulario deberá colocarse en el historial medico del paciente.

Revisó 20 de Agosto de 2013.