



Consentimiento de los Padres para el Tratamiento

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento del niño:** _____

Yo, en calidad de padre o el tutor del niño/a nombrado anteriormente, solicito y autorizo a cualquier médico o enfermera de Piedmont Pediatrics, PLC y a su personal para llevar a cabo los servicios necesarios para mi hijo/a considerados convenientes por el proveedor, aún no estando yo presente en la cita.

Autorizo a las siguientes personas para solicitar y obtener atención médica para este niño/a en mi ausencia^(**):

_____ Nombre	_____ Relación con el niño/a
_____ Nombre	_____ Relación con el niño/a
_____ Nombre	_____ Relación con el niño/a
_____ Nombre	_____ Relación con el niño/a

Del mismo modo, autorizo la liberación de información de salud protegida (PHI) a las personas mencionadas en relación con el niño, cuyos nombres aparecen en este documento. Las siguientes son posibles excepciones/restricciones a esta autorización:

Solicito que esta autorización permanezca en efecto hasta la fecha _____ o ____ indefinidamente.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito.

Firma del padre/madre/tutor legal

Nombre impreso del padre/madre/tutor legal

Fecha _____

^(**) Por favor, incluya a cualquier persona que piense que pueda llevar a su hijo para una visita médica. Recuerde que si usted se ausenta sin sus hijos, debe asegurarse de que un formulario de consentimiento actualizado esté en los archivos de Piedmont Pediatrics, PLC