

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Nombre del paciente menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente doy permiso para que los siguientes adultos legales tomen decisiones con respecto al tratamiento de mi hijo, incluidos, entre otros, exámenes, inyecciones y / o procedimientos. Entiendo que los que se enumeran a continuación tendrán la autoridad para autorizar el tratamiento.

Nombre	Relación con el paciente

Esta autorización permanecerá vigente a menos que se designe por escrito que se cancela dicho consentimiento para el tratamiento de menores. Notificaré a _____ de cualquier cambio en cuanto al estado de salud de mi hijo.

Nombre del padre o tutor	Relación con el paciente
Firma del padre o tutor relación	Fecha

Si lo aprueba el medico de mi hijo, autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo (**de 16 o 17 años**), mencionado anteriormente, vaya de forma independiente a las citas con el propósito de **verificar las visitas de Accutane únicamente**. Entiendo que sigo siendo financieramente responsable de todos los gastos médicos incurridos por mi hijo durante estas citas.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Firma del testigo/nombre

*En caso de que no pueda completar en la oficina o a través de un portal seguro, debe haber sido notariado para que sea válido.

Estado de Florida Condado de _____

Juró (o afirmó) y suscribió ante mí este día _____,
de _____, de _____, Por (nombre del firmante)

(Firma del notario)(Sello)

Tipo de identificación producido
personalmente conocido y # de
identificación día de _____

(Nombre del notario mecanografiado, sellado o impreso)