

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

Nombre

Relación con el paciente

Nombre

Relación con el paciente

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)