



Consent

**Consentimiento para Cuidado Médico/Quirúrgico/Tratamiento de Emergencia**

\*\* COLOCA UNA MARCA DE VERIFICACIÓN JUNTO CON EL CONSENTIMIENTO APROPIADO ABAJO \*\*

**Consentimiento para que Fort Healthcare proporcione tratamiento.**

Yo, \_\_\_\_\_, como el  padre o  guardián de \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento \_\_\_\_\_) por la presente voluntariamente doy mi consentimiento a la prestación de atención médica, incluyendo procedimientos de diagnóstico, tratamiento quirúrgico y médico y transfusiones de sangre, por el personal de Fort HealthCare o sus designados, según sea necesario.

Por la presente reconozco que no se me han hecho garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamiento de la condición de mi hijo.

He leído este formulario y certifico que entiendo su contenido.

**Consentimiento para que otros adultos autoricen el tratamiento.**

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_ (Nombre de la(s) persona(s) autorizada(s) para consentir para el cuidado en ausencia del padre/guardián) quien cuidará de me hijo menor de edad \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento \_\_\_\_\_) para el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ para organizar la atención médica de rutina o de emergencia y el tratamiento necesario para preservar la salud de mi hijo..

Reconozco que soy responsable de todos los cargos razonables en relación con la atención y el tratamiento prestado durante este período.

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
*Madre, Padre o Guardián Legal*

Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Madre, Padre o Guardián Legal*

**Información de contacto a completar para ambos consentimientos.**

En caso de emergencia, se me puede contactar en (por favor, indique la información de contacto para todos los padres y guardianes):

\_\_\_\_\_  
Médico Familiar/Pediatra: \_\_\_\_\_

Cualquier otro proveedor de atención médica que participe en el cuidado del niño: \_\_\_\_\_

Original Date: 10/6/2015	Patient Sticker
Revision Date:	
Approved by: HIM/UR 12/14/15	