



## AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA PARA ACOMPAÑANTE SIN PARENTESCO NI TUTORIA LEGAL AL PACIENTE

Por ley, cualquier niño menor de 18 años no pueden ser atendido por un doctor sin consentimiento de sus padres o tutor legal. Si el menor se presenta en Texas Children's Pediatrics acompañado por alguien más que no sea alguno de sus padres o tutores legales, nuestra práctica requiere su permiso por escrito de que este adulto ha sido designado para acompañar a su hijo.

Nombre del paciente menor de edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

A continuación, escriba la lista de la persona(s) que podrán acompañar a su niño en ausencia:

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN:

Soy uno de los padres de familia o tutor legal del paciente menor de edad mencionado anteriormente. Tengo los derechos para otorgar consentimiento para que mi niño reciba atención médica. Si el paciente se presenta en la clínica acompañado de una de las personas mencionadas anteriormente, doy autorización por adelantado y consiento para que el paciente reciba el tratamiento de rutina, emergencia, dental o cualquier otro tratamiento de salud. Entiendo que la información de diagnóstico, tratamiento, y cuidado pudiera ser compartida el día de la visita con la persona(s) mencionadas anteriormente.

Este consentimiento es válido por un (1) año después de haber sido firmado o hasta que sea anulado mediante una notificación por escrito.

### Escriba con letra de molde:

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre de familia o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono donde puedo ser contactado

\_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha