



**CONSENTIMIENTO DELEGADO PARA TRATAMIENTO DE MENORES
(Adolescentes)**

Northern Inyo Healthcare District y Northern Inyo Associates requieren que uno de los padres o tutores estén presentes durante la primera cita del paciente. También creemos importante que uno de los padres o tutores del menor estén presentes durante las citas subsecuentes, pero entendemos que esto puede ser imposible. El propósito de este consentimiento es permitir que el adolescente reciba tratamiento médico sin la presencia de sus padres o tutores.

Por favor conteste este formulario para que podamos atender al menor sin la presencia de su padre o tutor:

Yo, _____ soy el padre/tutor de _____
quien es menor de edad; su fecha de nacimiento es _____.

Yo, autorizo a Northern Inyo Healthcare District para que le proporcionen atención médica a mi hijo/hija, incluyendo, pero sin limitarse a: evaluación médica, examen físico, imágenes de diagnóstico, análisis clínicos, pruebas contra alergias, vacunas contra alergias, y administración de medicinas intramusculares/inhaladas/orales.

Yo, autorizo que mi hijo/hija reciba evaluación y tratamiento en Northern Inyo Healthcare District localizado en la escuela “Bishop Union High School” para evaluación médica, examen físico, análisis clínicos, y administración de medicinas intramusculares/inhaladas/orales.

También entiendo que, una vez que mi hijo cumpla 18 años de edad, y para ciertas condiciones médicas o mentales, mi consentimiento para tratamiento no es necesario.

Este consentimiento permanecerá en efecto durante un año o hasta que el paciente cumpla 18 años de edad a menos que el proveedor médico reciba la revocación por escrito.

Inmunizaciones: Intentaremos comunicarnos con usted durante la cita para informarle de cualquier inmunización que su hijo requiera. Si no podemos comunicarnos con el padre o tutor, le daremos otra cita para las inmunizaciones.

Limitaciones:

Identifique cualquier limitación específica en los tipos de servicios médicos para los cuales se da esta autorización (si no hay limitaciones, escriba “none”).

Por favor proporcione la información de los adultos que tiene el derecho legal de tomar decisiones para el paciente mencionado anteriormente:

Nombre de la madre: _____

Teléfono: _____

Número alternativo: _____





Northern Inyo Healthcare District
 150 Pioneer Lane
 Bishop, California 93514

Patient Label

Nombre del padre: _____

Teléfono: _____

Número alternativo: _____

Terceras personas: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Número alternativo: _____

Page 1/2

Solo se requiere la firma de uno de los padres.

Firma del padre o tutor

Firma

Fecha/Hora

Signature of Witness

Date/Time

