

AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo _____ autorizo a _____ Dr. DELMONT / DMC que discuta detalles de mi condición médica con:

Nombre y relación con la persona que usted está autorizando

Número de teléfono casa y/o celular

X

Firma del Paciente/Guardián/Persona Responsable

Fecha

Denegado

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS A MENORES

Solo para pacientes pediátricos

**** NOTA **:** ESTA AUTORIZACIÓN NO APLICA PARA LOS EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA Y/O VACUNACIONES. LOS PADRES / TUTORES DEBEN ESTAR PRESENTES.

Yo _____ autorizo el tratamiento a _____

quien es menor de edad. El menor de 18 años recibe tratamiento médico acompañado de:

(Escriba el nombre del adulto designado)

Relación con el paciente

Fecha

Firma de padres o persona responsable

AUTORIZACIÓN PARA MENORES NO ACOMPAÑADOS

**** NOTA **:** ESTA AUTORIZACIÓN NO APLICA PARA LOS EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA Y/O VACUNACIONES. LOS PADRES / TUTORES DEBEN ESTAR PRESENTES

Yo _____ autorizo el tratamiento a _____

menor de edad. El menor de 18 años no está siendo acompañado por un adulto, padre o tutor

Fecha

Firma de padres o persona responsable