

BAYSHORE PEDIATRICS @ SPACE CENTER, P.A.
11524 SPACE CENTER BLVD STE 100
HOUSTON TX 77059
PH 281-487-0555
FAX 281-487-0551

FARRAH JIMENEZ, MD.

KARIM ROMMAN, MD., F.A.A.P

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO**

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE POR LEY NO PODEMOS TRATAR A UN MENOR, A MENOS QUE USTED ES EL PADRE O TUTOR LEGAL CON PRUEBA DE TUTELA. SI USTED NO ES EL PADRE NI EL TUTOR LEGAL, DEBEMOS TENER UNA CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA TRATAR AL NIÑO DE LOS PADRES O DEL TUTOR LEGAL.

YO (NOSOTROS), _____, POR LA PRESENTE
CERTIFICO PARA SER EL (LOS) PADRE (S) O TUTOR (S) JURÍDICO (S) DE:

(NOMBRE DEL PACIENTE Y FECHA DE NACIMIENTO)

Si debido a circunstancias atenuantes no puede llevar a su hijo a nuestra oficina, usted autoriza a las personas nombradas a continuación a dar su consentimiento para tratamientos médicos (y / u otros procedimientos médicos) para el niño mencionado anteriormente, que pueden ser necesarios durante su ausencia. Esta "AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO" otorga autoridad a un adulto designado para coordinar la atención médica de su hijo en caso de que usted esté ausente. Los adultos designados deben tener al menos 18 años de edad. Tiene derecho a agregar / eliminar a cualquiera de las personas nombradas al ingresar a la oficina y actualizarse en persona. Si en el caso y persona no mencionada a continuación se presenta en la oficina con su hijo que busca tratamiento, usted nos autoriza a ponernos en contacto con usted, el (los) padre (s) / tutor (es) mencionados arriba para su consentimiento. Todas las autorizaciones serán documentadas.

NOMBRE	RELACION AL PACIENTE
---------------	-----------------------------

- | | |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ |

FIRMA

FECHA