



AUTORIZACIÓN PARA DAR CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO LIMITADO

Yo, _____, padre/madre y/o guardia legal (de aquí en adelante
 Primer nombre Apellido
 designado PADRE/MADRE) de _____ (de aquí en adelante
 Primer nombre Apellido
 designado NIÑO/A), doy permiso y autoridad a _____ (de
 Primer nombre Apellido
 aquí en adelante designado ADULTO AUTORIZADO), de consentir para el tratamiento médico del NIÑO/A en Pediatric Ear,
 Nose & Throat of Atlanta, P.C. (de aquí en adelante designado PENTA). Este consentimiento será limitado para el cuidado,
 tratamiento y los procedimientos proporcionados en las oficinas de PENTA y no aplicará a la cirugía ningunos procedimientos
 proporcionados fuera de la oficina.

***Este consentimiento no se aplica a las visitas de nuevos pacientes y a las visitas pre operativas.
 El PADRE/La MADRE debe estar presente en estos tipos de citas.***

PENTA reserva el derecho de revocar este acuerdo y de requerir que el PADRE/ la MADRE este presente para cualquiera o
 todas as visitas si el médico se siente que esté en el mejor interés del niño/a de tener presente al PADRE/la MADRE.

Esta autorización no será válida por más de un año. Si los deseos del PADRE para hacer que la autorización termine antes

indique la fecha: _____ - _____ - _____
 Llene Fecha

Nombre _____
 Paciente Primer nombre Segundo Apellido

Nombre _____
 Padre/Madre Primer nombre Segundo

 Firma Padre/Madre Fecha

Autorizado _____
 Nombre de Adultos Primer nombre Segundo

 Firma Autorizada para adultos Fecha

RESTABLECER FORMA