

AUTORIZACIÓN PARA DAR CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO MÉDICO LIMITADO



PENTA
Pediatric ENT of Atlanta
Where Children Are First™

Yo, _____ Paciente/Padre o Madre/Guardiante Legal (en adelante denominado PACIENTE) de
Primer Apellido

Paciente Primer Apellido (en adelante denominado NIÑO), conceder permiso y autoridad para

iPrimer Apellido (ADULTO AUTORIZADO), dar su consentimiento para el tratamiento médico

del NIÑO en Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C. (en adelante denominado PENTA). Este consentimiento se limitará a la atención, el tratamiento y los procedimientos provistos en las oficinas de PENTA y no se aplicará a la cirugía o los procedimientos proporcionados fuera de la oficina.

***Este consentimiento no se aplica a visitas de pacientes nuevos y visitas preoperatorias.
PACIENTE debe estar presente en este tipo de citas.***

PENTA se reserva el derecho de revocar este acuerdo y exigir que el PACIENTE esté presente para cualquiera o todas las visitas si el médico tratante considera que lo mejor para el niño es que el PACIENTE esté presente.

Esta autorización no será válida por más de un año. Si el PACIENTE desea que la autorización finalice antes, indique la fecha: _____ / _____ / _____
Mes Dia Año

Paciente Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Madre/Padre Nombre: _____
Primer Apellido

Madre/Padre Firma Fecha

ADULTO AUTORIZADO Nombre: _____
Primer Apellido

Adulto Autorizado Firma Fecha