



Glenwood **Medical** Associates

Autorización anticipada para el tratamiento de un menor

Para familias que son pacientes de Glenwood Medical Associates:

Aunque fomentamos la presencia y participación de los padres en todas las visitas de atención médica para niños, puede ser necesario tener autorización previa para la atención médica brindada directamente a menores sin un padre o tutor legal presente para asuntos urgentes. Revise la siguiente autorización para tratamiento y complete la información si desea autorizar dicho tratamiento solo para una visita urgente/aguda.

Esta es una autorización única para la fecha de servicio que se indica a continuación.

AUTORIZACIÓN

Yo (nosotros) solicitamos y autorizo a Glenwood Medical Associates (GMA) y su personal a brindar atención médica a mi (nuestro) hijo/a nombrado a continuación el _____.
(Fecha de servicio).

Nombre del menor (por favor imprima): _____

Fecha de nacimiento del menor: _____

Nombre del padre/tutor autorizado (en letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Intente comunicarse conmigo/nosotros con respecto a la atención médica de mi/nuestro hijo a los siguientes números de teléfono si tiene alguna pregunta:

Nombre de los padres (en letra de imprenta): _____

Teléfono (oficina/casa): _____

Nombre de los padres (en letra de imprenta): _____

Teléfono (oficina/casa): _____

Otro familiar/Nombre (en letra de imprenta): _____

Teléfono (oficina/casa): _____ Relación: _____

NOTA: Si existe alguna relación parental o de custodia especial (como custodia con uno solo de los padres, custodia/tutela legal con alguien que no es el padre, etc.), explique en el espacio a continuación con su firma, nombre impreso y número de teléfono en el que se le puede contactar.

Explicación _____

Firma: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____