



Autorización de los padres/tutor legal para el menor - Consentimiento general para servicios

Primer nombre del menor: _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Género: Varón Hembra

Autorización de los padres/tutores legales para un niño menor

Doy autorización para que mi hijo sea atendido en Southwest District Health para uno o más de los siguientes servicios sin la presencia de un tutor legal: (**Marque todos los que usted autoriza*)

- Cuidado médico y de rutina
- Salud sexual y reproductiva
- Servicios y cuidado dental
- Servicios de salud mental y tratamiento
- WIC – Servicios para mujeres, bebés y niños
- Servicios de colaboración entre enfermeras y familias - NFP
- Servicios de padres como maestros - PAT
- Servicios para dejar de fumar y nicotina
- Otros: _____

Las siguientes personas nombradas estarán autorizadas a llevar a mi hijo a las citas en mi ausencia.

| | | |
|--------|--------------------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Relación con el paciente | Número de teléfono |

| | | |
|--------|--------------------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Relación con el paciente | Número de teléfono |

Duración de la autorización: Esta autorización estará válida un (1) año después de firmarla, a menos que sea reemplazada por una actualizada antes de ese momento. Los tutores legales tienen derecho a retirar la autorización en cualquier momento.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de este estado que la información anterior es verdadera y correcta.

| | | |
|-----------------------------|----------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| Firma del padre/Tutor legal | Nombre escrito | Fecha |

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.