



Forma de consentimiento medico los padres de un menor

Consentimiento General para tratamiento

Yo tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico porque, Yo soy el padre (madre)/ tutor legal del paciente: _____ (nombre del paciente).

Yo voluntariamente autorizo y doy consentimiento para el cuidado médico, tratamiento, diagnósticos y exámenes que los proveedores médicos de Wee Kare Pediátricas y sus asociados designados o asistentes crean que sean necesarios. Yo entiendo que firmando esta forma, Yo estoy dando permiso a los Doctores, enfermeras, médicos asociados y otros proveedores del cuidado de la salud en esta oficina médica a proveer tratamiento mientras la relación entre Dr./Paciente exista o hasta yo retire mi consentimiento . _____ (sus iniciales)

Mensajes de voz/ Notificaciones de Textos/llamadas de Enfermera

Como un servicio para nuestro paciente, Wee Kare Pediátricas proveer llamadas/textos de cortesía para recordarles la fecha de su cita y posiblemente otras importantes llamadas que sean hechas usando un sistema de mensajes pregrabados. La información puede incluir información médica confidencial, nosotros también proveemos llamadas de enfermera para nuestros pacientes, concerniente al cuidado del paciente, tanto como preocupaciones de los padres. Nuestra enfermera también deja mensajes de voz, nunca dejaremos mensajes con resultados de pruebas de laboratorio o exámenes del paciente cuando usemos esta forma de comunicación. Dando tus iniciales abajo, nos darás el permiso de hacer estas llamadas/ textos en tu número de celular que proveíste a nuestra oficina _____ (iniciales por favor)

Medicamentos usando nuestro sistema Electrónico (E-Prescriban)

Yo voluntariamente autorizo a Wee Kare Pediátricas a usar el sistema Electrónico (E- Prescriban) para mis medicamentos, el cual permite a los proveedores del cuidado de la salud a enviar electrónicamente mis medicamentos (recetas) a la farmacia de mi preferencia, revisando la información y los beneficios de la farmacia y las historia de entrega del medicamento tanto como la relación entre Dr./ paciente exista o hasta que retire me consentimiento. _____(iniciales por favor)

He leído esta forma o ha sido leída en el idioma que yo entienda, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de esta. _____ (iniciales por favor)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre padre/guardián legal del paciente, si el paciente es menor de 18: _____

Relación del paciente con padre/ guardián legal, si el paciente es menor de 18: _____

Firma del padre/ guardián legal del paciente: _____ Fecha: _____



Reautorización de los Padres de Menores Delegación de Consentimiento

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____

Yo doy mi autorización (cuando yo no esté disponible a dar mi consentimiento) a las siguientes personas:

Nombre de la Persona

Relación

Número de Tel.

Nombre de la Persona

Relación

Número de Tel.

Nombre de la Persona

Relación

Número de Tel.

Nombre de la Persona

Relación

Número de Tel.

Para dar el consentimiento a cualquiera de ellos y a todo el cuidado médico y atención para mi hijo(a) que se considere necesario y apropiado por un proveedor de la salud certificado de Wee Kare Pediatrics. Este consentimiento incluye y no es limitado a la intervención médica y quirúrgica, tanto como cuidado de emergencia. Esta delegación electiva será válida hasta que yo retire mi consentimiento a esta delegación.

Firma de Padre o Tutor (de mayor de 18 años): _____

Relación al Paciente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Traductor (si es necesario): _____