Salina Family Healthcare Center
A Federally Qualified Community Health Center
651 E. Prescott, Salina, KS 67401
Medical Center ~ (785) 825-7251
Dental Center ~ (785) 826-9017
Pharmacy ~ (785) 452-3900

Autorización para tratamiento del menor

Nombre del menor: _____Fecha de nacimiento**:** _____

□ Médico & Dental □ Médico □ Dental □ Salud Mental /Abuso de substancias

Yo por la presente juro solemnemente que tengo custodia legal del antedicho menor de edad.
Yo concedo la autorización y consentimiento para las siguientes persona (s) alistadas abajo de autorizar al personal de Salina Family Healthcare Center de proporcionar asistencia médica, dental, salud mental o el tratamiento para el abuso de sustancias al mencionado menor de edad.

Los Servicios pueden incluir, pero no se limitan a examen; prevención y/o tratamiento, rayos x, servicios del laboratorio, diagnóstico médico y quirúrgico; diagnóstico preventivo, restaurativa, o la cirugía oral (incluyendo las extracciones); las vacunas, inyecciones terapéuticas; inyecciones de alergia; anestesia local; evaluación de salud mental y abuso de sustancias, diagnóstico, plan de tratamiento, las sesiones; y cualquier consulta necesaria según el criterio del médico.

Se entiende que esta autorización se da en adelantado de cualquier diagnóstico específico, el tratamiento o el cuidado que se requiere y es dado para proporcionar el consentimiento para el tratamiento en mi ausencia o incapacidad.

Nombre de lista(s) de las personas que concede la autorización al consentimiento para tratamiento médico y dental del menor de edad
1.) _____ Relación: _____
2.) _____ Relación: _____
3.) _____ Relación: _____

El adulto que acompaña al menor debe tener un actual y confiable método de contacto con el padre/Guardián legal si es necesario.

□ Mi hijo/a adolescente tiene _____ años y doy mi consentimiento para que mi hijo/a asista a las citas sin la presencia de un adulto.

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito, por el padre(s) o Guardián (s), o hasta que el menor esté en condiciones de expresar su consentimiento para su propio tratamiento.

_____
Firma de Padre /Guardián legal Fecha de hoy

Certificate of Acknowledgement of Notary Public:

(Notary Seal)

STATE OF _____

COUNTY OF _____

SUBSCRIBED AND SWORN TO before me this _____ day of _____, 20___.

_____ _____
Notary Public Signature **Commission Expiration Date**

For official use only. Scanned: □ Medical □ Dental