Salina Health Education Foundation y Centro Dental
Autorización para Servicios de Salud
□ Menor de edad
□ Individual Nombrado

Yo/ nosotros los firmantes padres/ guardián(s) legal, del menor de edad alistado abajo autorizamos a los licenciados proveedores de cuidado de salud de Salina Family HealthCare & Centro Dental de proveerle servicios de cuidado de salud a este menor de edad en la ausencia del padre o guardián legal. Los servicios de cuidado de salud pueden incluir, pero no están limitados a: exámenes, preventivos y/o tratamientos curativos, rayos x, hospitalización, servicios de laboratorio, diagnósticos médicos y quirúrgicos, cuidado prenatal y obstétrico y cualquier consultación juzgada necesaria por la discreción del medico.

- Entiendo que un Medico, Asistente al Medico, Enfermera Practicante, o RN (enfermera), Dentista, Higienista dental, o asistente dental pueden ver a mi hijo/a o individual asignado.
- Entiendo que Salina Family HealthCare y Centro Dental es un establecimiento de enseñanza y que puede ver estudiantes observando o asistiendo en el cuidado de mi hijo/o o individual asignado.

- Doy consentimiento a las siguientes medicaciones para mi hijo/s en adelantado.
  □ Vacuna □ Inyecciones de Alergia
  □ Inyecciones Terapéuticas □ Anestesia local

  - Doy permiso para que mi hijo, quien tiene por los menos 16 años de edad, que lo vean sin un adulto:

Los adultos que pueden acompañar a mi hijo/a para una cita son:

_____
Nombre Relación

_____
Nombre Relación

El adulto acompañando a mi hijo/a tiene que tener un método corriente, y seguro de ponerse en contacto con el padre/ guardián legal si es necesario.

- Entiendo que yo (nosotros) somos responsable para el pago de los servicios rendidos.
- Entiendo que es mi responsabilidad de proveer comprobación de cobertura de cualquier pagador del tercer partido que pueda proporcionar la cobertura para este individuo.
- Este consentimiento esta en efecto asta ser revocado, por escrito por el padre(s) o guardián (s) legales, o asta que el individual, si un niño pude legalmente conceder por si mismo.

Paciente del Nombre: _____fecha de nacimiento: _____

_____ _____
Firma del Padre / guardián legal Fecha

_____ _____
Firma del Padre / guardián legal Fecha

<u>Firma de Notariado Público se requiere</u>

Updated: 04/14/08 Lucy