

CONSENTIMENTO PATERNO

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

História médica #: _____

Confirmando que sou o pai ou responsável legal do menor mencionado acima. Dou meu consentimento para que meu filho receba o tratamento que os provedores da Blackstone Valley Community Health Care Inc. considerem necessário.

Se eu não puder acompanhar meu filho, dou permissão para as pessoas citadas abaixo acompanharem meu filho aos serviços médicos. Eu entendo que é encorajador estar presente para o exame físico anual do meu filho.

Os indivíduos listados abaixo devem ter 18 anos de idade ou mais.

Nome: _____ Relacionamento: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____ Relacionamento: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____ Relacionamento: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____ Relacionamento: _____ Data de nascimento: _____

Eu entendo que este consentimento será considerado em vigor até que seja anulado ou revogado, até que a criança complete 18 anos, emancipe, mude o tutor da criança ou para reuniões confidenciais.

(Imprimir nome)

(Relacionamento)

(Data)

(Assinatura do Paciente / Guarda Legal)

(Testemunha BVCHC)

(Data)

Staff: Por favor, peça para ID quando se apresentar para uma visita.