

CONSENTIMIENTO PATERNO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial médico #: _____

Confirmando que soy el padre o el responsable legal del menor mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba el tratamiento que los proveedores de Blackstone Valley Community Health Care Inc. consideren necesario.

Si no puedo acompañar a mi hijo, doy permiso a las personas citadas a seguir a mi hijo a los servicios médicos. Yo entiendo que es alentador estar presente para el examen físico anual de mi hijo.

Las personas que se enumeran a continuación deben tener 18 años o más.

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Entiendo que este consentimiento se considerará en vigencia hasta que se anule o revoque, hasta que el niño cumpla 18 años, se emancipa, cambie el tutor del niño o para encuentros confidenciales.

(Imprimir nombre)

(Relación)

(Fecha)

(Firma del paciente / tutor legal)

(Testigo de BVCHC)

(Fecha)

Personal: solicite una identificación cuando se presente para una visita.