



Part of Optum®

Autorización Previa de los Padres para la Atención Médica de Sus Hijos

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Para las familias que se atienden actualmente en un centro New West Physicians, podría ser más conveniente tener una autorización previa para proporcionarles atención médica directamente a los menores, de 16 a 18 años, sin que un padre tenga que estar presente para el tratamiento. Si usted desea autorizar el tratamiento médico con anticipación, revise la siguiente autorización para el tratamiento y llene la información.

AUTORIZACIÓN:

Solicito (solicitamos) y autorizo (autorizamos) a (centro):

_____ y a su personal a proporcionarle atención médica a mi hijo. Entiendo que esta autorización es solamente válida para mi hijo, que es un menor de 16 a 18 años. Entiendo que esta autorización es válida, a menos que yo la revoque por escrito o que mi hijo cumpla 18 años (lo que ocurra primero).

Para comunicarse conmigo (con nosotros) con respecto a la atención de la salud de mi (nuestro) hijo, llame a los siguientes números de teléfono:

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Imprenta y Relación con el Paciente: _____

NOTA: Si existe alguna relación especial de paternidad o de custodia (como custodia de uno solo de los padres, tutela/custodia legal sin ser uno de los padres, etc.), explique en el espacio de abajo y coloque su firma, su nombre en letra de imprenta y un número de teléfono al cual podamos comunicarnos con usted.
