



**Boston Children's
Health Physicians**
New York & Connecticut

CONSENTIMIENTO DE MENORES PARA PACIENTE MENOR DE 18 AÑOS (NO EMANCIPADO)

Autorizo a mi hijo, _____ Fecha de nacimiento: / ____ / ____

para ser atendido en Boston Children's Health Physicians, LLP, División de _____

1. Solo o acompañado a la cita:

____ Mi hijo puede ser atendido sin estar acompañado por nadie.

____ Mi hijo puede ser visto solo acompañado por:

Nombre: _____ Relación: _____

2. Solo o acompañado en la sala de examen:

____ Mi hijo puede ser visto y tratado en la sala de examen sin estar acompañado por nadie.

____ Mi hijo puede ser visto y tratado en la sala de examen solo acompañado de:

Nombre: _____ Relación: _____

3. Esta autorización es válida para la siguiente fecha o período de tiempo: _____

Al firmar este formulario, autorizo al proveedor tratante a realizar cualquier prueba, procedimiento y/o vacuna que el proveedor tratante determine que es médicamente necesaria.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre de la letra de imprenta: _____

PARA EL CONSENTIMIENTO VERBAL, OBTenga RESPUESTAS A LOS PUNTOS # 1, 2 Y 3 ANTERIORES.

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: ____ / ____ / ____

Consentimiento verbal obtenido por teléfono del número (____) _____ - _____

Nombre de la persona que da su consentimiento verbal: _____

Relación con el paciente: _____

Llamada telefónica tomada por el empleado: Nombre: _____ Firma: _____

Presenciado por el segundo empleado: Nombre: _____ Firma: _____

Resumen del consentimiento prestado (*Indique qué tratamiento, prueba, procedimiento y/o vacuna ha autorizado el padre/tutor del paciente*): _____
