



Partners In Health Pediatrics
Healthcare for Future Generation

Sonober Umair, MD
Board Certified Pediatrics

Consentimiento De Tratamiento Con Persona Acompañada

Doy consentimiento para _____ buscar atención médica indicada para mi
(Porfavorescriba el nombre de la persona autorizada)

niño _____ con uno de los Medicos en Partners In Health Pediatrics.
(nombre del paciente)

Consentimiento es válido para las siguientes fechas _____ a _____

Por favor, marque todas las que aplican Porfavor marque lo que aplique:

____ Enfermedades Urgentes

____ Casos de Emergencias

____ Vacunca

____ Cuidad Preventivos

Entiendo que es necesario que los padres/tutores acompañen al paciente en el primer examen físico y primera visita.

Por la razón de insuficiente información dada por la persona autorizada para la visita, el doctor puede reprogramar la cit con el padre o tutor para otro día.

- **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el tratamiento ya ha sido tomado por confiar en él. Comprendo que este consentimiento para tratar autoriza este individuo pleno acceso a los registros médicos del paciente**

Por favor proporcione información sobre la imagen sobre la foto ID que el individuo sobre que usted consiente utilizará como identificación

Foto con descripción	Numero	Expiracion

Padre o Guardian Autorizado

Firma

Fecha