

Consentimiento de los padres y autorización médica

Imprima toda la información

Yo, _____, padre (tutor legal) de _____.

nacido _____, por la presente consiente cualquier atención médica determinada por un médico o proveedor sea necesario para el bienestar de mi hijo, en el caso de una emergencia, mientras dicho niño esté bajo el cuidado de la Iglesia Metodista Unida de Salem y no estoy razonablemente disponible por teléfono para dar mi consentimiento. Pagaré por cualquier Gastos médicos así incurridos.

Firma del padre (tutor legal) _____ Fecha: _____

Este formulario de consentimiento debe llevarse con el niño al hospital o al centro de emergencia cuando lo lleven a tratamiento. Esta información adicional ayudará en el tratamiento si se puede proporcionar con el consentimiento.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección familiar: _____

Teléfono: Padre _____ casa _____ trabajo _____ celular _____

Madre _____ casa _____ trabajo _____ celular _____

Último tétanos _____

Alergias a medicamentos o alimentos _____

Medicamentos especiales, tipo de sangre o información pertinente: _____

Médico del niño _____ Teléfono _____

Seguro _____ Póliza # _____

Hospital preferido _____