



La autorización para Proporcionar Consentimiento para el Cuidado Médico a un Niño Secundario

La terminación y la firma de esta forma de autorización permiten el adulto designado a dar la Pediatría Buena de la Noche permiso médico de proveedor a dar el cuidado y el tratamiento médicos a su niño cuando está indisponible autorizar el cuidado y el tratamiento médicos, o en la persona o por teléfono. Este consentimiento tiene en cuenta tratamiento inclusive examen de médico, diagnóstico que prueba como pruebas de laboratorio, como pruebas de radiología, y como tratamiento necesario inclusive procedimientos como reparación de desgarro como determinado por el médico.

Este consentimiento es vigente para un año después del padre/la fecha de la firma de guardián legal o hasta recibo, por escrito, que ha sido revocado.

Reconozco ser responsable por todos los gastos razonables en conexión con tratamiento y cuidado proporcionado durante este periodo.

El Nombre del paciente (imprima por favor): _____

La fecha del Nacimiento: _____

El Nombre padre/madre/ guardián legal (imprima por favor): _____

La firma de padre/madre/ guardián legal: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Número de teléfono de padre/madre/ guardián legal: _____

Como el adulto designado, yo concuerdo en determinar la necesidad para y para proporcionar consentimiento para el encima de denominó el cuidado médico de niño y cualquier procedimiento médicamente necesario que son recomiendan y proporcionaron por la Pediatría Buena de la Noche' médico.

El Nombre designado del Adulto (imprima por favor) : _____

La Firma designada de Adulto: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Número de teléfono: _____