

Autorización Médica Para Cuidador /Representante Designado

Esta es una forma médica importante. Antes de firmar este formulario, debe comprender lo que este formulario le permite hacer a la persona que usted elija. Por favor revise este documento cuidadosamente antes de firmar.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento del paciente: _____

Este formulario le otorga a la persona que elija el derecho a: (por favor ponga sus iniciales a todo lo que aplique)

_____ Hacer, cambiar o cancelar citas para usted o para su hijo. Incluyendo, recibir correos de voz, llamadas, mensajes de texto y /o correos electrónicos.

_____ Para recoger cualquier documento relacionado con su hijo, (como notas escolares y documentos de autorización). Esto no incluye los registros médicos (incluidos, entre otros, notas de progreso, listas de medicamentos e historial médico pasado).

_____ (Para menores de 18 años) Traer y estar presente durante las citas de su hijo(a).

_____ Pagar los servicios médicos en el momento de la consulta o si tiene un balance pendiente.

Condiciones adicionales:

_____ Entiendo que este formulario **NO permite** que la persona que se indica a continuación tome decisiones de atención médica por mí. En el estado de California, para designar a alguien para que tome decisiones médicas en mi nombre, tendré que proporcionar una directiva anticipada o un documento notariado que muestre un poder notarial.

_____ (Para menores de 18 años) Este formulario solo es válido cuando el padre o tutor legal no está presente.

_____ El representante designado que se menciona a continuación es responsable de proporcionar el pago de los servicios médicos en el momento en que se prestan.

Nombre del cuidador designado o representante autorizado (designado): _____

Relación designada con el o la paciente: _____

Número de teléfono del designado: _____

Este formulario permanecerá válido por un año a partir de la fecha de su firma. Si tiene cualquier condición por favor de indicarlos aquí (*si no desea permitir uno de los puntos mencionados anteriormente o si desea que el formulario se expire antes o después de un año, por favor añadir estos comentarios*):

Nombre del paciente o guardián

Firma del paciente o guardián

Fecha

Nombre del designado

Firma del designado

Fecha