The Chautauqua Center
Our Family Caring For Your Family

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES

Puede incluir a varios menores a continuación. Si necesita más espacio, solicite un formulario adicional.

NOMBRE DEL / LOS PACIENTE(S)		FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE	*APELLIDO*	

Para su comodidad, nuestra clínica puede comunicarse con usted sobre citas y otra información médica básica a través de mensajes de voz, contestador automático, correo postal, correo electrónico, portal de pacientes o a través de otra persona en el número de teléfono, dirección, correo electrónico y/o cualquier otro método de contacto que nos facilite.

Por favor, indique a continuación cualquier persona distinta a usted y su relación con el menor, que esté autorizada para hablar sobre información médica, autorizar atención médica y/o tratamientos, y dar consentimiento o firmar para vacunaciones:

Nombre:	*Relación:*	*Teléfono:*
Nombre:	*Relación:*	*Teléfono:*
Nombre:	*Relación:*	*Teléfono:*

Revocación y vencimiento de la autorización

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito dirigida a The Chautauqua Center. Dicha revocación no afectará ninguna divulgación o acción realizada antes de que la revocación sea recibida y procesada.

Esto se aplica a todas las personas mencionadas en este formulario, estén autorizadas para:

- Acompañar a mi hijo/a a las citas;
- Hablar sobre el tratamiento médico, cuidado o información de la cuenta de mi hijo/a;
- Hablar sobre mi propio tratamiento o información de mi cuenta;
- Autorizar cuidados o recibir información médica protegida (PHI), según corresponda.

Puedo revocar el permiso para cualquiera de las personas listadas presentando una solicitud de cambio por escrito. La revocación tendrá efecto una vez que haya sido recibida y procesada por The Chautauqua Center.

A menos que indique una fecha anterior o revoque la autorización por escrito, esta autorización expirará automáticamente un (1) año después de la fecha de mi firma.

☐ **Esta autorización será válida hasta:** _____

(fecha de caducidad específica)

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL			
Nombre:	*Parentesco:*	*Fecha de nacimiento:*	*Teléfono:*
Firma del padre, madre o tutor legal	*Dirección actualizada:*	*Ciudad, provincia, código postal*	