



AFFIX LABEL HERE

Neighborhood Doctors Who Care

El Consentimiento general para Menores
Incapaz de estar acompañado de un padre / guardián legal

Este formulario es requerido si el padre / o guardian legal desea dar consentimiento a tratamientos y procedimientos rutinarios para el menor en la ausencia de un padre o guardian legal.

Yo, firma del padre / guardian legal de _____ (nombre de menor) (el "Menor") cuando no puedo acompañar el Menor a su cuidado médico rutinario. Yo por lo tanto autorizo el personal en el Grupo del Médico de Manhattan's Physician Group (MPG) a realizar tratamientos y procedimientos rutinarios en el Menor, como determine MPG para ser tratado médicamente.

Comprendo que este formulario firmado sólo autoriza el desempeño de procedimientos rutinarios, diagnósticos, terapéuticos y tratamientos médicos (inclusive inmunizaciones), MPG puede requerir, en su discreción, mi presencia o un formulario de consentimiento por separado para cualquier otra cosa que no sea considera tratamiento de rutina. Yo también reconozco que MPG tomará todas las acciones médicamente necesaria en el caso de una emergencia. Este consentimiento es válido para todas las visitas de la oficina cuando el Menor no este acompañado por mí.

Reconozco aún más la necesidad de requerir a un adulto que acompañar al Menor en mi ausencia. A pesar de la necesidad, yo solicito que tratamientos y procedimientos rutinarios no sean retenidos si un adulto no está disponible acompañar al Menor.

Autorización para divulgar información de salud protegida del paciente. Autorizo a MPG a divulgar la salud protegida del Menor, así como a un adulto que acompaña al Menor. Puedo revocar mi autorización para divulgar información de la salud protegida en cualquier momento; prescrito dirigido al Director del área médica de MPG, excepto en la medida que MPG ha tomado basadas en dicha autorización.

En caso de una emergencia durante mi ausencia, por favor contacte:

Nombre: _____

La relación con el menor : _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

He leído y he comprendido el contenido de este formulario de consentimiento que firmo voluntariamente. Al firmar, yo eximo de responsabilidad a MPG, sus empleados, funcionarios, agentes y representantes de toda responsabilidad y obligación que resulte del tratamiento del Menor en mi ausencia.

Nombre del padre / guardian legal: _____

Firma del padre/guardian legal: _____

Relacion al Menor: _____

Fecha: _____

Documentación del padre / o guardian legal autoridad tiene que ser proporcionada: sí no

Dirección de casa: _____

Dirección del trabajo : _____

Numero de teléfono de casa: _____

Número de teléfono de trabajo: _____

El testigo: Yo, _____ es un empleado adulto del Grupo Médico Manhattan Physician Group que no es el proveedor primario del cuidado del paciente, y yo atestiguo que la persona antes mencionada esta autorizada y ha firmado esta formulario.

Firma del testigo

Si la persona autorizada a dar consentimiento y firma este formulario no habla español un traductor debe firmar y fechar el formulario.

TRADUCTOR: Yo, _____, al atestiguar el hecho de que. A lo mejor de mi conocimiento, la persona por encima de los estados que esta autorizado para el consentimiento prestado y entender lo que ha sido discutido y es voluntario de firmar el formulario.

Si esta forma no esta completada en el Manhattan's Physician Group, frente a un miembro del personal debe de ser completada en la presencia de un Notario público.

El estado de Nueva York, el Condado de: _____

Bajo juramento ante mí ____ día ____ año _____

Nombre del Notario público: _____

Firma del Notario público: _____