

Al completar este formulario de Autorización Por Consentimiento Del Representante, provee a Los Doctores y Médicos de COPA el derecho para el tratamiento de pacientes menores de COPA (cualquier paciente menor de 18 años) en ausencia de sus padres o el guardián si el adulto designado acompaña al paciente menor con este formulario completado a la cita o si lo tenemos en su expediente. Este formulario debe ser completado por el padre o el guardián legal antes de que los servicios se realizan, y el adulto designado debe proporcionar identificación con fotografía en el momento del servicio. Un formulario debe ser completado para cada paciente menor de edad.

Yo/Nosotros como los padres/el guardián legal del paciente menor de edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Paciente menor de edad

Por la Presente Designa _____

Nombre, Dirección, Fecha de Nacimiento y Número de Teléfono

Relación con el paciente

Nombre, Dirección, Fecha de Nacimiento y Número de Teléfono

Relación con el paciente

Como el representante de decisiones de mi/nuestro hijo(a) para dar su consentimiento a la atención medica no-urgente para mi/nuestro hijo(a) designado en este formulario. Este representante también tiene mi/nuestro consentimiento para recoger cualquier receta o documentación asociada con el cuidado de mi hijo(a).

Yo/Nosotros tenemos el derecho legal para delegar consentimiento al representante. Yo/Nosotros certificamos que este representante es un adulto que es medicamente y legalmente competente para ejercer la autoridad delegada. Entiendo/Entendemos que la información de salud protegida puede compartirse con el representante para facilitar la toma de decisiones y estamos de acuerdo a compartir la información de salud protegida.

Limitaciones:

Identifique las limitaciones en el tipo de servicios médicos para el que se da este consentimiento del representante (por ejemplo, no hay procedimientos de cirugías menores). Si no hay limitaciones, elija "Ninguno."

- Ninguno
- Limitaciones (describir): _____

Identifique las limitaciones en el marco de tiempo para el que se da este consentimiento del representante (por ejemplo, limita a fechas especifica cuando los padres están fuera de la cuidad o expira en 6 meses, etcétera) Si no hay fecha de expiración ni limites, elija "Ninguno."

- Ninguno
- Fecha de Expiración: _____
- Limitaciones (describir): _____

Información de Contacto de Los Padres:

Si la naturaleza de la atención medica es urgente/no de rutina, por favor intente contactar a mi/nosotros respecto al cuidado de salud cuidado de mis/nuestros hijo(s) en los siguientes números de teléfono. Si usted no puede contactar a mi/nosotros, usted puede confiar en las decisiones del representante para el consentimiento.

Nombre de Padre:	Fecha de Nacimiento:
Nombre de Padre:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono de Casa:	Teléfono de Casa:
Teléfono Alternativa:	Teléfono Alternativa:
Teléfono Celular:	Teléfono Celular:

La información que usted leyó aquí es la traducción de la versión en inglés en la próxima página. Por favor llene y firme la versión en inglés. →

Consent/ Authorization for Sick Visits

Completing this form consent by proxy authorization, allows COPA providers to treat established minor patients (any patient under the age of 18) in the absence of their parent or guardian if the designated adult accompanies the minor patient with this completed form in hand or on file. This form must be completed by the parent/legal guardian prior to the services being performed, and designated adult must provide photo identification at the time of service. One form must be completed for EACH minor patient.

I/we as the parent/legal guardian(s) of minor patient: _____ **Date of Birth** _____

Minor Patient Name

Hereby appoint _____

Name, address, DOB & Phone

Relationship to Child

Name, address, DOB & Phone

Relationship to Child

as my/our child's proxy/decision maker(s) to consent to non-urgent medical care for my/our children listed below. This proxy also has my (our) permission to pick up any prescriptions or documentation associated with my child's care.

I (we) have the legal right to delegate such consent to the proxy/decision maker. I certify that this designee is an adult who is legally and medically competent to exercise the authority so delegated. I understand that protected health information may be shared with the proxy to facilitate informed decision making and hereby agree to the sharing of the same.

Limitations:

Identify any limitations on the kinds of medical services for which this consent by proxy is given (i.e., no minor surgery procedures). If no limitations, choose "none".

- None
- Limitations (describe): _____

Identify any limitations on the time frame for which this consent by proxy is given(i.e., limit to certain dates when a parent is out of town or expire in six months, etc.) If no expiry or limits, choose "none."

- None
- Expiration Date: _____
- Limitations (describe): _____

Parent Contact Information:

If the nature of the medical care is urgent/not routine, please try to contact me (us) regarding the health care of my (our) children at the following numbers. If you are unable to contact me (us) you may rely on the proxy decision maker for consent.

Parent Name:	DOB:	Parent Name	DOB:
Daytime Phone:		Daytime Phone:	
Evening Phone:		Evening Phone:	
Cell Phone:		Cell Phone:	

Signed:

Parent/Legal Guardian: _____

Date: _____

Printed Name: _____

Driver's License # of Parent: _____