

Scarano & Taylor Pediatrics

Joseph Scarano, MD FAAP

A. Florentina Taylor, MD FAAP

AUTORIZACION DE PODER PARA TRATAMIENTO MEDICO CON UN CUIDADOR QUE NO SEA EL PADRE/TUTOR LEGAL

Este formulario autoriza a personas que no sean los padres o tutores legales de nuestros pacientes a buscar tratamiento medico en esta oficina en caso de que usted, el padre/tutor legal, no pueda asistir a la oficina con su hijo.

Este documento autoriza a nuestro personal a brindar todo el cuidado habitual de niños sanos y enfermos, incluidas vacunas y procedimientos menores, a menos que indique alguna limitación a continuación.

La provision de atencion medica en ausencia de un padre/tutor legal es un privilegio que extendemos a las familias para su conveniencia. *Podemos revocar o suspender este privilegio en cualquier momento a nuestra discreción.*

POR FAVOR PROPORCIONE TODA LA INFORMACION SOLICITADA

Yo autorizo,

[PERSONA(S) AUTORIZADA(S)]

actuar como tutor(es) temporal(es) y proporcionar y obtener cualquier información que ayude a buscar atención medica para mi(s) hijo(s), cuyo(s) nombres(s) es(n):

Relacion de GUARDIAN nombrado arriba al paciente(s):

Por favor enumere conocidas ALERGIAS: _____ NINGUNO

Por favor enumere cualquier LIMITACION a este comunicado medico:

 NINGUNO

Firma: _____ Fecha: _____