Consentimiento Para el Tratamiento de un Menor

Al padre o al Guardián: Consideraciones jurídicas nos exigen a obtener su consentimiento para el tratamiento de un menor de edad. ***Usted debe ser su padre, madre o guardián legal para poder firmar este formulario.*** Por favor llene y envié este formulario con su hijo, of fax. Muchas gracias.

☐ Grand River Primary Care 970.625.0725 ☐ Grand River Specialty Care 970.625.0725 ☐ Grand River Health Clinic West 970.285.6064

Doy mi consentimiento para que los empleados y el personal de Grand River Health puedan dar tratamiento a nuestro hijo/hija(s).

Nombre del Niño/a: _____Fecha:_____

Consentimiento dado por: _____

Firma de la persona que da Consentimiento: _____

Relación al paciente: _____

Numero se teléfono donde pueda ser localizado durante el día: _____

Comentarios: _____

_____

Esta forma expira un año después de la fecha en que se firmó

Confirmación Telefónica (SOLO PARA USO OFICIAL)

Nombre del Niño (a): _____ Fecha:_____

Razón por la Visita: _____
Consentimiento dado Por: _____
Relació al Paciente: _____

Firma de Personal: _____
Comentarios: _____

_____