



Pre-Autorización 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 envíe este formulario con su hijo, o mándelo por 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 de nacimiento:

Consentimiento dado por:

Firma de la persona que da Consentimiento: Fecha:

Relación al paciente:

Numero se teléfono donde pueda ser localizado durante el día:

A los siguientes proveedores se les da permiso para tratar al menor:

Proveedor específico: Cualquier proveedor de GRH:

Ester formulario se expira:

Esta fecha de vencimiento puede ser de 24 horas para cubrir una visita o puede extenderse hasta un año. Al otorgar este consentimiento, usted autoriza al médico a tratar a su hijo para cualquier cuidado necesario al menos que especifique en el área a continuación.

Este consentimiento es para unicamente.

Confirmación Telefónica (SOLO PARA USO OFICIAL)

Nombre del Niño (a): Fecha:

Razón por la Visita:

Consentimiento dado Por:

Relación al Paciente:

Firma de Personal:

Comentarios: