



Consentimiento para tratar por Menor sin padre / tutor

El nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____ otorgo el Centro de Salud del Condado de Knox

Nombre del Padre de Familia / Guardian

permiso para examinar, tratar, administrar vacunas, administrar medicamentos, proporcionar evaluación y atención médica general y servicio dental que puede incluir tratamiento con flúor, restauración o extracción de dientes a mi hijo en mi ausencia. Este consentimiento para recibir tratamiento se otorga a partir de la fecha de la firma del padre o tutor y vence el _____.

Fecha de vencimiento del consentimiento

Sra. / Sra. / Sr. _____, tiene al menos dieciocho años de edad y es el

Nombre del niño acompañante adulto

paciente menor _____.

Relación con el niño

para tomar decisiones sobre el tratamiento de mi hijo, si es necesario, en caso de que surja una emergencia y yo no esté disponible. Entiendo que se espera el pago en el momento del tratamiento.

Seguro: _____ Número de póliza / miembro: _____

Información de contacto de los padres para preguntas sobre el tratamiento del niño:

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Teléfono Celular: _____ Casa: _____ Trabaja: _____

Habla a: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Autorización: _____ Fecha: _____

Uso en oficina:

Identificación de adulto confirmada: Licencia de conducir Identificación fotográfica Otro _____

Creado: 10/13/2017

11660 Upper Gilchrist Road
Mount Vernon, Ohio 43050
www.knoxhealth.com
740.399.8008
FAX 740.399-8012