

**Autorización para Evaluación y/o Tratamiento de Paciente no acompañado
por un Tutor Legal y/o Poder Notarial**

Un Tutor Legal y/o Poder Notarial "DEBE" acompañar a cualquier paciente para dar su consentimiento para todo tratamiento medico y/o quirúrgico proveído por el Dr. Charles Pittle o Dr. Amy Bodart .

Por favor llene esta forma para el paciente si va a venir a una cita, para tratamiento o un procedimiento, sin un Tutor Legal y/o Poder Notarial.

Nombre del paciente menor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código

Postal: _____

Autorización para que otro individuo acompañe al paciente.

El consentimiento por escrito es valido por el período de tiempo de : _____ a _____ . (No superior a un año) en el cual un nuevo consentimiento será requerido. Este consentimiento puede ser revocado por mí a cualquier tiempo por escrito.

Yo autorizo _____,
(Nombre complete de persona siendo autorizada) (Parentesco con el paciente)

a dar consentimiento para todo tratamiento medico y/o quirúrgico por el Dr. Charles Pittle y/ Dr. Amy Bodart de parte del paciente mencionado arriba.

El individuo nombrado arriba puede también recibir resultados de exámenes e información adicional pertinente al cuidado y tratamiento del paciente.

Yo entiendo que todavía soy financieramente responsable de todos los gastos médicos incurridos el paciente durante estas citas.

Firma del Tutor Legal y/o Poder Notarial

Fecha de la Firma

Nombre en letra de molde Tutor Legal y/o Poder Notarial

de Teléfono (en caso de Emergencia)

Este consentimiento es valido por el periodo de tiempo especificado y/o tiene un máximo periodo de tiempo efectivo de (1) año de la fecha de la firma.