



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN PACIENTE MENOR DE EDAD SIN EL PADRE O LA MADRE PRESENTE

Para que podamos tratar a un menor sin que el padre, la madre o un tutor legal estén presentes, llene este formulario y devuélvalo con una copia de la licencia de conducir del padre, la madre o el tutor legal a Georgia Skin Cancer & Aesthetic Dermatology.

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta), certifico que soy la madre, el padre o el tutor legal de _____ (nombre del menor en letra de imprenta), que actualmente es menor de edad y cuya fecha de nacimiento es _____. Como tal, por medio de la presente autoriza a Georgia Skin Cancer & Aesthetic Dermatology a brindar atención médica a mi hijo/a que puede incluir, de forma no limitativa: examinación diagnóstica (incluidas pruebas de laboratorio), procedimientos de tratamiento y prescripción de medicamentos según su médico o practicante lo determinen adecuado. Entiendo que, si el menor de edad requiriese un diagnóstico o procedimientos quirúrgicos más invasivos, se harán intentos de contactarme antes de dar inicio a dicha atención. Asimismo entiendo que, cuando mi hijo/a alcance los 18 años de edad, ya no se requerirá mi consentimiento para los tratamientos. Este consentimiento seguirá en efecto hasta que el paciente alcance los dieciocho años de edad, a menos que sea revocado por escrito a Georgia Skin Cancer & Aesthetic Dermatology. Reconozco que soy responsable de todos los cargos razonables relacionados con la atención y el tratamiento provistos durante este periodo. Al firmar este documento, reconozco que he leído y acepto este consentimiento y que cualquier pregunta que tuviese antes de firmar fue respondida por Georgia Skin Cancer & Aesthetic Dermatology.

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Relación con el paciente

Número telefónico preferido para el contacto

Fecha de la firma