# Consentimiento por-poder para tratamiento pediátrico no-urgente

CHRIST COMMUNITY HEALTH

| Nombre del paciente | Apellido | Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Yo designo a la siguiente persona (o personas) como persona autorizada por-poder, para dar permiso de proporcionar cuidado medico no-urgente para mi niño/a. Yo tengo el derecho legal para dar este consentimiento a la persona (o personas) autorizada por-poder, la cuál es un adulto y es legalmente y médicamente competente para ejercitar la autoridad que se la ha dado. La información protegida de salud (PHI-sigla en inglés) puede ser compartida con la persona autorizada por-poder para tomar decisiones informadas. En una emergencia, el tratamiento no va a ser demorado debido a la falta de autorización.

## PERSONA AUTHORIZADA POR-PODER PARA TOMAR DECISIONES #1

| Nombre | Fecha de nacimiento | Número(s) de teléfono | Relación con el paciente |
|---|---|---|---|
| | | | |

MARQUE LA CASILLA abajo si usted quiere que esta persona:

☐ RECOJA RECETAS/MEDICAMENTOS para su niño/a

MARQUE LAS CASILLAS abajo si usted quiere que esta persona TRAIGA A SU NIÑO/A a las citas. LLAME a la oficina y hable acerca de la salud de su niño/a y/o TOME DECISIONES acerca de exámenes y tratamiento:

☐ Citas MEDICAS ☐ Citas DENTALES ☐ Servicios de SALUD MENTAL/COMPORTAMIENTO

Si hay algo para lo cual esta persona NO TIENE SU PERMISO, escríbalo aquí:

## PERSONA AUTHORIZADA POR-PODER PARA TOMAR DECISIONES #2

| Nombre | Fecha de nacimiento | Número(s) de teléfono | Relación con el paciente |
|---|---|---|---|
| | | | |

MARQUE LA CASILLA abajo si usted quiere que esta persona:

☐ RECOJA RECETAS/MEDICAMENTOS para su niño/a

MARQUE LAS CASILLAS abajo si usted quiere que esta persona TRAIGA A SU NIÑO/A a las citas. LLAME a la oficina y hable acerca de la salud de su niño/a y/o TOME DECISIONES acerca de exámenes y tratamiento:

☐ Citas MEDICAS ☐ Citas DENTALES ☐ Servicios de SALUD MENTAL/COMPORTAMIENTO

Si hay algo para lo cual esta persona NO TIENE SU PERMISO, escríbalo aquí:

Si la naturaleza del tratamiento médico no es de rutina por favor trate de comunicarse conmigo en cuanto al cuidado de mi niño/a, a el (los) números de teléfono listados en el formulario de Información protegida de salud. Si usted no puede contactarme, usted puede confiar en la decisión de la persona autorizada por-poder para tomar decisiones, para dar este permiso para el cuidado.

_____ _____

Firma del padre(s)/Tutor(es) legal(es) Nombre en letra imprenta del padre(s)/ Tutor(es) legal(es)

---

### Certificate of Acknowledgement of Notary Public

I, the undersigned, a Notary Public, do hereby certify that the person(s) whose names are subscribed to the foregoing instrument appeared before me this day in person & acknowledged that they signed & delivered the foregoing instrument as their free & voluntary act for the purposes set forth therein.

Given under my hand and seal this _____ day of _____, 20_____. _____