Family Health Services	Título: Autorización para el Tratamiento de Menores	ID #: FD1005 Vigente: 12/17/2025 Página: 1
	TELÉFONO: 419-502-2800 • FAX: 419-502-2821	

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA:

¿Qué sucede cuando mi hijo necesita ser tratado pero no puedo ser contactado?:

- Para que alguien que no sea un padre/tutor legal acompañe a un menor a una cita médica, dental o de salud conductual, y/o autorice el tratamiento, el padre/tutor legal debe completar este formulario
- Excepto en una verdadera emergencia, la atención médica ordinariamente solo puede brindarse a un niño menor de edad con el consentimiento del padre/tutor legal. Un niño puede ser tratado sin el consentimiento de los padres cuando un proveedor determina que existe una verdadera emergencia. Eso significa que un proveedor de atención médica determina que el niño necesita atención inmediata y que un intento de obtener el consentimiento de los padres resultaría en una demora, lo que aumentaría el riesgo para la vida o la salud del niño.
- A veces, un niño puede necesitar atención inesperada, que no es una verdadera emergencia. En tales casos, Family Health Services (FHS) hará todo lo posible para contactar al padre/tutor legal. Si FHS no puede comunicarse con el padre/tutor legal para obtener permiso, el proveedor determinará si el tratamiento puede esperar o si es necesario continuar.
- Puede prepararse para la atención inesperada que su hijo pueda necesitar cuando no esté disponible. Para hacer esto, asegúrese de que las personas responsables de su hijo sepan cómo comunicarse siempre con usted. Cuando sepa que será difícil comunicarse con usted, puede dar permiso a otros adultos para que actúen en su nombre para su hijo menor de edad.
- ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL. Con este documento, puede designar a familiares, amigos, maestros, cuidadores, clérigos, vecinos, etc. (cualquier persona mayor de 18 años) la responsabilidad de su hijo cuando no pueda ser contactado. La(s) persona(s) enumerada(s) también puede(n) acompañar a su hijo menor de edad a varias citas según sea necesario.
- LLENE ESTE FORMULARIO CUIDADOSAMENTE. Debe hacer que un miembro del personal de FHS presencie su firma o la haga certificar ante notario y no puede ser la persona a la que le está asignando la responsabilidad. FHS guardará una copia de este formulario en el expediente médico del niño para consultarlo cuando alguien que no sea el padre/tutor legal traiga al niño a una cita.
- Una vez que este formulario esté completo y archivado en el expediente médico del niño, la persona responsable debe presentar su identificación personal al representante de atención médica correspondiente cuando venga a la cita con el niño.

Yo/Nosotros, siendo el/los padre(s) o tutor(es) legal(es) del paciente mencionado anteriormente, por la presente designamos a los siguientes individuos para que actúen en mi/nuestro nombre para nuestro hijo menor de edad cuando yo/nosotros no estemos disponibles. Este formulario deberá actualizarse anualmente.

Nombre:	Relación con Paciente:	Número de teléfono:
Dirección:		
Nombre:	Relación con Paciente:	Número de teléfono:
Dirección:		

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL:	FECHA:
NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/TUTOR LEGAL:	RELACIÓN CON EL PACIENTE: