

Designación de Otra Persona para Autorizar la Atención Médica de Menores

	Si yo, (padre/madre/tutor legal)	, no puedo acompañar a mi hijo/a,
	(nombre del menor), a la	Clínica Orchid Health, doy
	permiso a (nombre de la persona)	de la siguiente manera (marque una opción):
	\Box Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo(a) (incluyendo	
	cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento sin que tengan que	
	ponerse en contacto conmigo.	
	Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo/a (incluyendo	
cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento en caso de que no		ra dicho tratamiento en caso de que no
	puedan ponerse en contacto conmigo.	
	Permiso verbal otorgado al personal de Orchid Health por el padre/tutor legal	
	Nombre de testigo (letra de imprenta) Firma del testig	go Fecha
	 Expiración del permiso (marque una opción): ☐ Este formulario permanecerá vigente hasta que sea revocado (llenando un " Formulario de revocación del consentimiento ") 	
	☐ Este formulario es VÁLIDO ÚNICAMENTE durante el si	guiente periodo de tiempo:
	Fecha de entrada en vigor: Fec	cha de expiración:
	X	
	(Firma del padre/madre o tutor)	(Fecha requerida)
	Domicilio	
	Teléfono de casa Teléfono del trabajo	