



1401 Steffen Street, Cincinnati, OH 45215

Lincoln Heights Dental - 483-3088 (teléfono) 554-0136 (fax)
Mt. Healthy Family Practice - 522-7500 (teléfono) 728-4064 (fax)

Lincoln Heights Medical - 588-3623 (teléfono) 554-4116 (fax)
Forest Park Health Center - 589-3014 (teléfono) 851-4800 (fax)

LA AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LOS MENORES – CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN

Para las familias que son pacientes en curso de la HealthCare Connection

Paciente: _____ **FDN:** _____

Por favor, revise y complete la siguiente información si desea autorizar el tratamiento para su hijo de antemano. Por favor entienda que la información de salud protegida del paciente puede ser compartida con las persona (s) que tu indique abajo.

AUTORIZACIÓN

Yo (nosotros) tengo el derecho legal de autorizar esta instalación para ofrecer tratamiento médico/dental para mí (nuestro) hijo. Yo (nosotros) solicito y autorizo a las personas que se enumeran a continuación en mi lugar en el caso de que yo (nosotros) no puedo está presente:

Nombre: _____	FDN: _____	Relación al menor: _____
Nombre: _____	FDN: _____	Relación al menor: _____
Nombre: _____	FDN: _____	Relación al menor: _____
Nombre: _____	FDN: _____	Relación al menor: _____
Nombre: _____	FDN: _____	Relación al menor: _____

LIMITACIONES

Identifica las limitaciones sobre los tipos de servicios médicos/dentales para esta autorización y cualquier limitación en el marco temporal de esta autorización. Si ninguno, indique "ninguno".

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Si la naturaleza de la atención medica/dental no es de rutina intente ponerse en contacto conmigo (nosotros) con respecto al cuidado de la salud de mi (nuestro) hijo en el siguiente número (s) de teléfono. Si no puede, por cualquier razón, ponerse en contacto conmigo (nosotros), puede depender de la persona (s) indicados anteriormente, por consentimiento.

Padre/Tutor Nombre: _____

Relación al menor: _____

Teléfono: _____

Otro Teléfono: _____

Padre / Tutor Firma

Fecha

Padre/Tutor Nombre: _____

Relación al menor: _____

Teléfono: _____

Otro Teléfono: _____

Padre / Tutor Firma

Fecha

Autorizacion notario adjunto

(Sello)

Estado de:

País de:

En Este _____ día de _____, 2_____, antes que yo, el Notario que subscribe, apareció _____, me demostró a través de pruebas satisfactorias de identificación que era _____, ser la persona que firmo el documento anterior en mi presencia.

Nombre Del Notario

Mi Comisión Expira: _____

(Sello)