

Designación de otra persona para dar su consentimiento para la atención médica

Lo mejor es que un padre o tutor legal traiga a los niños para que reciban atención. Sin embargo, a veces es posible que desee que otra **persona** traiga a su hijo, como un miembro de la familia. Para poder ver a su hijo, debemos tener una autorización por escrito que le permita a esta persona acompañar a su(s) hijo(s).

Este formulario permite que las personas que usted elija busquen servicios/tratamiento, tomen decisiones con respecto al tratamiento dental y de la vista de su hijo, analicen y compartan información médica sobre su hijo y vean todo el historial médico necesaria cuando no pueda asistir a la visita con su hijo.

Padre(s)/tutor(es) legal(es)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente: _____

** Todos los padres/tutores legales deben estar en la lista.*

OPCIÓN A

NO autorizo a nadie más además de los padres/tutores legales mencionados anteriormente

OPCIÓN B

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a llevar y traer a mi hijo a sus citas y a tomar todas las decisiones necesarias.
(Marque todo lo que corresponda a continuación):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Las personas que designe deben tener al menos 18 años de edad o más

DEBE ELEGIR

- Discutir información financiera (seguros, copagos, saldo vencido, historial de la cuenta).
- ODONTOLOGÍA:** Acompañar al niño a la cita y tomar decisiones que pueden incluir exámenes, radiografías, profilaxis (limpiezas dentales), tratamiento periodontal y tratamiento con fluoruro, consentimiento para el uso de analgesia con óxido nitroso (gas hilarante), extracciones y citas de restauración (incluidos, entre otros, empastes, coronas de acero inoxidable y pulpotomías). ***Las citas de anestesia general, sedación intravenosa y sedación oral están excluidas independientemente de los procedimientos completados y requieren la presencia de un padre/tutor o, cuando corresponda, el consentimiento del padre/tutor.**
- ORTODONCIA:** Acompañar al niño a la cita y tomar decisiones de ortodoncia que pueden incluir radiografías, controles de aparatos, cumplimiento del tratamiento y controles de retenedores. *** Las visitas iniciales, los cambios en el plan de tratamiento, las citas en las que se colocan o retiran los aparatos de ortodoncia, las citas en las que se realizan cambios contractuales, se actualiza el consentimiento informado y según lo solicite el proveedor están excluidas y requieren la presencia del padre/tutor o, cuando corresponda, el consentimiento del padre/tutor.**
- VISIÓN:** Acompañar al niño a la cita y tomar decisiones sobre la visión que pueden incluir, entre otras; pruebas preliminares, dilatación de la pupila, examen, elección de anteojos y permitir recoger anteojos y/o lentes de contacto.

Si su hijo tiene 16 años o más, puede optar por permitirle recoger sus propios anteojos y/o lentes de contacto.

Sí, permitir tales recolecciones No, no permita tales recolecciones.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Si se completa fuera del consultorio, se requiere un testigo (que no sea la persona designada):

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____ Número de teléfono: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Este formulario vence un año después de la fecha de firma.

Un padre o tutor legal puede hacer cambios con cualquier miembro del personal en cualquier momento.

Los cambios son efectivos cuando los recibe el consultorio.

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

THIS FORM SHOULD BE PROVIDED TO EACH SELECTED LOB DENTAL VISION ORTHO