

AUTORIZACIÓN PARA PADRE/TUTOR SUSTITUTO

Al llenar este formulario, autorizo que una persona alterna tome la decisión de otorgar permiso y que se involucre en los servicios y atención de tratamiento dental para mi hijo menor de edad, aquí en Western University Centro de Cuidado de los ojos.

Nombre del menor de edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

___ **Autorización directa para atención/tratamiento.** Autorizo que Western University Centro de Cuidado de los ojos proporcione al menor de edad mencionado anteriormente atención de emergencia, urgente y otra atención y tratamiento dental en mi ausencia, incluyendo al padre/tutor sustituto, autorizado a continuación, que acompañará al menor de edad a las citas en mi nombre. (Por favor cruce con una línea aquellos que no correspondan)

Vision de terepia _____ Otra _____ Precedimientos _____

___ **Asignación del padre sustituto para autorizar atención/tratamiento para el menor de edad.** Autorizo al padre/tutor sustituto asignado a que otorgue consentimiento informado para tratamiento de emergencia, urgente y otro tratamiento dental para el menor de edad.

___ **Identificación del padre/tutor sustituto.** Designo a la siguiente persona o personas a que obtengan acceso a información protegida de salud, proporcionen información, otorguen consentimiento informado para tratamiento de los ojos, o de otra forma reciban custodia del menor de edad.

Nombre/parentesco Dirección

___ **Duración de la autorización.** Este consentimiento es válido por un (1) año a partir del _____ de 20__ y termina el _____ de 20__. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de dicha fecha de expiración al proporcionar a Western University Centro de Cuidado de los ojos una notificación por escrito.

___ **Divulgación de información.** Para garantizar que el padre/tutor sustituto tenga acceso a la información protegida de salud necesaria para tomar decisiones de consentimiento informado, autorizo a Western University Centro de los ojos que otorgue al padre/tutor sustituto mencionado anteriormente información protegida de salud relacionada sólo con el menor de edad. "Información protegida de salud" significa todos los registros dentales relacionados con el menor de edad, los cuales están protegidos y son confidenciales según lo definen HIPPA/HITECH, e incluyen: información de la cuenta, citas y tratamientos programados u otorgados. También acuerdo liberar a Western University Centro de Cuidado de los ojos, y a los proveedores, de cualquier responsabilidad por cualquier reclamo resultante de la divulgación de información protegida de salud en función de esta autorización.

He leído y considerado cuidadosamente este consentimiento antes de firmarlo.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL:

Firma (indique si es el padre o tutor) Fecha

Firma del testigo Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO para el padre o tutor legal

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Número telefónico de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Número telefónico del trabajo: _____ Otra información de contacto: _____

Una copia electrónica de este formulario es tan válida como la original