



Affix Patient Label

Nombre de la paciente:

Fecha de nac:

BRONSON HEALTHCARE GROUP

Autorización de Padres para Menores

Nosotros o yo _____, los padres, tutores o apoderados legales de _____ otorgamos a Bronson y a sus empleados el derecho de tratar a mi hijo o hija o al menor bajo mi tutela legal en su visita al consultorio o visita de rehabilitación programada.

DECLARACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR AUTORIZANDO A UN ADULTO DIFERENTE DE SÍ MISMO PARA OBTENER TRATAMIENTO PARA UN MENOR DE EDAD

Por la presente autorizo a los ADULTOS NOMBRADOS ABAJO* (deben tener al menos 18 años de edad) a acompañar a mi menor a su cita programada y a programar las citas siguientes.

Nombre del paciente _____

1. _____	_____	_____
Persona autorizada	Número de teléfono	Relación con el paciente
2. _____	_____	_____
Persona autorizada	Número de teléfono	Relación con el paciente
3. _____	_____	_____
Persona autorizada	Número de teléfono	Relación con el paciente

BRONSON DEBE ESTAR INFORMADO DE TODA RELACIÓN ESPECIAL DE CUSTODIA. SI CORRESPONDE, EXPLIQUE EN EL ESPACIO A CONTINUACIÓN. PUEDE REQUERIRSE DOCUMENTACIÓN.

(Por ejemplo: si los padres están divorciados pero solo uno de ellos tiene la custodia legal, etc.)

SI SU HIJO ES MENOR DE 16 AÑOS:

El padre, tutor, apoderado legal o adulto autorizado debe permanecer en el Departamento de Terapia mientras el niño está en terapia.

SI SU HIJO ES MAYOR DE 16 AÑOS:

¿Autoriza al menor nombrado anteriormente para asistir a las citas de Bronson por su cuenta?
(encierre la respuesta en un círculo) SÍ NO

La autorización finaliza a los 18 años de edad

Firma del padre, la madre o el tutor legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Número telefónico de contacto para una emergencia: _____