



INNOVATIVE COMMUNITY HEALTH INSTITUTE, LLC

Saline Medical Specialties - 830 E 1st St. Suite 200 Crete, NE 68333

Lancaster Family Medicine - 4911 N 26th St. Suite 106 Lincoln, NE 68521

Consentimiento Medico para Menores de Edad

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Persona (s) autorizadas para acompañar al menor:

1. Nombre: _____ Relación: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

3. Nombre: _____ Relación: _____

4. Nombre: _____ Relación: _____

☐ Marque aquí si desea dar su consentimiento para que el menor nombrado pueda recibir atención médica **sin la compañía de un adulto**. (La edad legal para recibir atención médica sin un adulto es de 19 años)

Esta autorización:

☐ Sólo es eficaz: (fecha) _____

☐ Es efectivo a partir de: (fecha) _____ a (fecha) _____

☐ Es efectivo hasta que lo revoque por escrito.

Al firmar esta forma autorizo a la(s) persona(s) nombrada(s) para acompañar a mi hijo(a) a la(s) consulta(s) en Innovative Community Health Institute. Doy mi consentimiento para el examen y/o tratamiento de mi hijo(a) durante la visita(s). Entiendo que soy responsable de todos los cargos facturados.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación: _____

Testigo de SMS: _____ **Fecha:** _____

2^{do} Testigo De SMS: _____ **Fecha:** _____

(solo necesario es si el consentimiento es por vía telefónica)