

Designación de otra persona para que dé su consentimiento para atención médica

****Solamente los pacientes (de más de 18 años), los padres o los tutores legales pueden completar este formulario**
****Si tiene varios hijos, se necesitará un formulario separado para cada uno**

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____		
Tutor legal: _____	Fecha de nacimiento: _____	Relación con el paciente: _____	Teléfono: _____
Tutor legal: _____	Fecha de nacimiento: _____	Relación con el paciente: _____	Teléfono: _____

Se recomienda que a los niños los traigan los padres o tutores legales para recibir atención. Para cumplir la HIPAA, si quiere que otras personas traigan al paciente de arriba, o si quiere permitir que el consultorio hable de su atención con otra persona, debemos tener una autorización por escrito.

Autorizo a las siguientes personas, mayores de 18 años, a acompañar al paciente de arriba y a tomar decisiones, incluyendo, entre otras: (use las casillas de verificación de abajo para designar qué tipos de citas autoriza)

Servicios dentales: Exámenes, radiografías, profilaxis (limpiezas dentales), tratamientos periodontales y tratamiento con fluoruro, consentimiento para usar analgesia con óxido nitroso (gas de la risa), extracciones y citas de restauración (incluyendo, entre otros, empastes, coronas de acero inoxidable y pulpotomías)

**Las citas con anestesia general, sedación por vía intravenosa y por vía oral están excluidas, independientemente de los procedimientos que se hagan, y requieren que los padres/tutores estén presentes o, cuando corresponda, el consentimiento de los padres/tutores.*

Servicios de visión: Pruebas preliminares, dilatación de las pupilas, exámenes, elección de anteojos y autorización para recoger anteojos o lentes de contacto.

Servicios de ortodoncia: Radiografías, revisión de aparatos, cumplimiento de los tratamientos y revisión de retenedores.

**Las visitas iniciales, los cambios en el plan de tratamiento, las citas donde se coloquen o quiten aparatos de ortodoncia, las citas donde se hagan cambios contractuales, donde se actualicen consentimientos informados y aquellas que pida el proveedor están excluidas y requieren la presencia de los padres/tutores o, cuando corresponda, el consentimiento de los padres/tutores.*

NO QUIERO DESIGNAR A NADIE, EXCEPTO A LOS TUTORES LEGALES

O

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Dentales Visión Ortodoncia

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Dentales Visión Ortodoncia

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Dentales Visión Ortodoncia

El paciente tiene más de 16 años y tiene permitido recoger anteojos, lentes de contacto o aparatos de ortodoncia.

Nombre del tutor legal: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Exclusivo para uso del consultorio:

- Precisión verificada
- Los datos se agregaron al expediente del paciente
- El formulario se escaneó en el expediente del paciente