

**Consentimiento para cuidadores temporales para la atención
y el tratamiento a menores que no sea de emergencia**

Apellido del/de la menor (en letra de imprenta)

Nombre del/de la menor (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

N.º de GHC

CONSENTIMIENTO DE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA CUIDADORES TEMPORALES

Por la presente, declaro que soy el padre, la madre o el tutor legal del menor mencionado anteriormente con la autoridad para otorgar los permisos descritos en este formulario. Por la presente autorizo y concedo a:

Nombre y parentesco del cuidador temporal – (Debe ser mayor de 18 años)

Nombre y parentesco del cuidador temporal – (Debe ser mayor de 18 años)

permiso para consentir y autorizar el tratamiento médico de los siguientes tipos de atención:

Marque uno o más

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atención primaria | <input type="checkbox"/> Quiropráctica | <input type="checkbox"/> Educación para la salud | <input type="checkbox"/> Terapia física/ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Atención oftalmológica | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Diagnóstico por imágenes | |
| <input type="checkbox"/> Medicina complementaria | <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Todo tipo de servicios |

Otro: (Describa): _____.

****Nota importante: Este formulario no es aplicable a inyecciones por tratamiento de alergias.**

El padre/la madre/el tutor legal debe estar presente cuando un menor recibe inyecciones por tratamiento de alergias. **

Esta autorización será válida por el período de tiempo que comienza el _____

y termina el _____. Por la presente, eximo de toda responsabilidad a los proveedores y demás

personas que actúen en función de esta autorización.

Ejecutado este _____ día de _____.

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Parentesco

FECHA (día/mes/año)

Enviar el formulario completo a:

Group Health Cooperative of South Central Wisconsin
1265 John Q Hammons Drive
Madison, WI 53717-1962

Envíe el formulario completo al Departamento de Información Médica

MK20-38-0(4.20)F