

### Consentimiento menor

Un padre o tutor legal debe acompañar a un niño menor de 18 años de edad para dar su consentimiento para todo tratamiento médico y/o quirúrgico probado por Primary Care Associates, PC. Por favor complete este formulario si su hijo(a) vendrá para una visita, tratamiento o procedimiento, sin un padre o tutor legal. Este consentimiento es válido por el período de tiempo especificado con un máximo de un año a partir de la fecha firmada.

---

#### Paciente menor de edad

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

---

#### Período de tiempo

El consentimiento por escrito es válido por el período de **un año**, en el que se requeriría un nuevo formulario de consentimiento. Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento por escrito.

---

#### Autorización para que otra persona acompañe a un paciente menor de 18 años.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona autorizada      Relación con el paciente      Nombre de la persona autorizada      Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona autorizada      Relación con el paciente      Nombre de la persona autorizada      Relación con el paciente

Autorizo a la persona o individuos mencionados arriba a dar su consentimiento para el tratamiento médico por Primary Care Associates, PC en nombre de mi hijo(a) mencionado anteriormente. La persona o individuos mencionados anteriormente también pueden recibir resultados de pruebas e información adicional pertinente para el cuidado y tratamiento de este menor. Entiendo que todavía soy responsable financieramente de todos los gastos médicos incurridos por mi hijo durante estas citas.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal      Fecha de firma      Número de teléfono (en caso de emergencia)

---

#### Autorización para que el paciente menor de edad no esté acompañado para recibir tratamiento.

Autorizo y doy el consentimiento para que mi hijo(a), mencionado arriba, vaya independientemente a las citas y el consentimiento a todo tratamiento médico y/ o quirúrgico sin la presencia de un padre o tutor legal. Entiendo que todavía soy responsable financieramente de todos los gastos médicos incurridos por mi hijo durante estas citas.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal      Fecha de firma      Número de teléfono (en caso de emergencia)

---