ABC Children's Eye Specialists

Brendan Cassidy, MD | Rasha Barham, MD | Emily Shortridge, MD | James Plotnik, MD
Nicholas Silvestros, OD | Julia Sewell, OD | Lois Filipelli, OD | Monica LaDouceur, OD
Sara Sillik, OD | Alexa Saul, OD | Jeanette Stromme, OD | Andrew Abela, OD
Christopher Johnson, OD | Julie McCutcheon, OD | Lotus Schifsky, OD | Heba Al-Baiaty, CO

Pediatric Ophthalmology and Strabismus

Consentimiento para recibir tratamiento

(Para cuidadores de menores de edad que NO sean sus padres, cuando uno de los padres no esté presente)

PARA EVITAR DEMORAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Por favor, envíe este formulario completo ANTES de la cita del menor por uno de los siguientes medios:
Correo postal: PO Box 97876, Phoenix, AZ 85060
Correo electrónico: supervisors@abckidseyes.com
Fax: 866-985-7247

_____ _____
(Nombre del menor) **(Fecha de nacimiento)**

Cuando yo/nosotros, el/los padre(s) o tutor(es) legal(es) abajo firmante(s) del menor mencionado anteriormente, no estemos presentes, autorizo/autorizamos a:

_____ quien es _____
(Nombre del adulto que NO es padre, madre ni tutor legal) **(Parentesco o relación con el menor)**

del menor y está a cargo de su cuidado, para dar su consentimiento a cualquier examen médico y/o tratamiento del menor, cuando dichos servicios sean recomendados y supervisados por ABC Children's Eye Specialists. Autorizo/autorizamos a ABC Children's Eye Specialists a solicitar, a su criterio, la intervención de cualquier especialista que consideren necesario.

Entiendo que, a pesar de este consentimiento, ABC Children's Eye Specialists, a su entera discreción, puede decidir no aceptar esta autorización y, en su lugar, requerir mi presencia durante el examen médico de mi hijo(a).

También entiendo que soy responsable del pago de cualquier copago y de los cargos que se generen como resultado de esta autorización para recibir tratamiento médico.

A menos que sea revocada antes por escrito, esta autorización permanecerá vigente hasta que mi hijo(a) cumpla 18 años de edad, el

_____
(Fecha en que cumple 18 años)

_____ y/o _____
(Firma del padre o tutor legal) **(Firma de la madre o tutora legal)**

Número de teléfono : _____
Acepto hacerme cargo de la atención médica del menor mencionado anteriormente y autorizo, cuando sea necesario, la atención médica según lo establecido en este formulario.

Firma del adulto que no es padre, madre ni tutor legal:_____ Fecha:_____