



# Harrisonburg Pediatrics

## Autorizo para Tratamiento Médico de Menores

*Authorization for Medical Treatment of Minors*

Yo designo a \_\_\_\_\_

(Nombres, direcciones, números de teléfono)

la aprobación para obtener, en mi ausencia, atención médica para mis niño(s). Yo realizo y pido que información confidencial de salud sea compartida con estos individuos.

Nombre(s) y fecha(s) de nacimientos de su(s) niño(s)

El Acceso a cierta información de salud puede ser restringida. Yo quisiera limitar el acceso a la información médica de mi niño como descrito debajo.

Yo quisiera restringir este autorizo a las fechas siguientes:

Firma del Padre/ Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Este autorizo sea considerado valido al menos que sea revocado en escrito. Este autorizo puede ser revocado en escrito cuando sea. Por favor, comprenda que no podemos revocar publicaciones permitidas anteriormente.**

### **Uso de Proveedor\*\*\*\*\***

Acct. Number \_\_\_\_\_

Parent/patient or legal guardian has been given a copy of this authorization. \_\_\_\_\_yes \_\_\_\_\_no

Staff Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Effective Date 4/14/03