

Formulario de Autorización para Examen y/o Tratamiento Médico de Condición Médica de Emergencia (EMC) y Liberación de Información de un Menor

Este formulario autoriza a un adulto designado a proporcionar y coordinar atención médica para un menor en caso de emergencia, cuando el menor no esté acompañado por un padre o tutor legal y no sea posible o práctico contactarlos.

Nombre del paciente: _____ **Nombre del paciente:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL/DE LOS PADRE(S) O TUTOR(ES) LEGAL(ES)

Yo, el/la abajo firmante, otorgo por la presente mi autorización y consentimiento para que el proveedor médico de CloudMD (en adelante referido como el “Adulto Designado”) realice un examen por Condición Médica de Emergencia (EMC) y/o brinde tratamiento general por cualquier lesión o enfermedad que presente el menor.

Asimismo, autorizo y doy mi consentimiento para que _____ (en adelante, “adulto designado”) realice un examen de condición médica de emergencia (EMC) y/o tratamiento general para cualquier lesión o enfermedad menor que presente el menor. En caso de que la lesión o enfermedad ponga en riesgo la vida, autorizo al adulto designado a convocar a todo el personal profesional de emergencia necesario para atender, transportar y tratar al menor, y a otorgar consentimiento para cualquier radiografía, anestesia, transfusión de sangre, medicación u otro diagnóstico médico, tratamiento o cuidado hospitalario que sea considerado aconsejable y que sea proporcionado bajo la supervisión general de cualquier médico, cirujano, dentista, hospital u otro profesional o institución médica debidamente autorizados para ejercer en el estado donde se lleve a cabo dicho tratamiento. Asumo la responsabilidad financiera total por todos los gastos de dicho cuidado. Acepto la responsabilidad financiera total por todos los gastos incurridos por dicha atención médica.

Esta autorización se concede con anticipación a cualquier tratamiento médico, facultando al Adulto Designado para actuar en el mejor interés del menor y para ejercer discreción en consulta con personal médico o de emergencia según sea necesario.

Además, acepto que, salvo que especifique lo contrario, la información médica relativa al diagnóstico, tratamiento y saldo de cuenta del menor puede ser divulgada a la madre biológica, padre biológico, madrastra, padrastro, al Adulto Designado mencionado, a los médicos remitentes, a otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado de mi hijo, y a mi(s) compañía(s) de seguros.

Firmado en la fecha: _____

Nombre en letra de molde del Padre/Tutor Legal: _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Firma del Testigo: _____

Nombre en letra de molde del Testigo: _____

