



**Formato para Menor de Edad Sin Acompañamiento
Autorización para Consentir Tratamiento de Menores de Edad**

Información del Paciente Menor de Edad			
Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Cuenta #		
Dirección			
Ciudad/Estado	Código Postal		
Departamento de la Florida Medical Clinic Autorizado para Tratar al Menor de Edad			
Por la presente declaro que este formato solo se refiere al departamento proveedor listado abajo. En caso de que el menor de edad busque atención médica en otros departamentos dentro de la Florida Medical Clinic, este formato deberá ser llenado en dicho momento.			
Nombre de Proveedor		Departamento	
Florida Medical Clinic SOLO proveerá los siguientes procedimientos o servicios al menor de edad:			
<input type="checkbox"/> Evaluación y gestión (visita de seguimiento)		<input type="checkbox"/> Inmunización/vacunación	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):			
Información de Padre/Madre/Representante Legal			
Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento		Relación	
Licencia de Conducir #			
Teléfono #			
Por la presente autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a consentir el tratamiento del menor de edad identificado arriba. La persona indicada a continuación DEBE presentar su identificación al momento de la visita.			
Nombre		Relación	
Información de Contacto			
Nombre		Relación	
Información de Contacto			
Este formato expirará en el siguiente evento: <input type="checkbox"/> Cumpleaños 18° del menor de edad <input type="checkbox"/> Fin del año calendario			
Autorización y Consentimiento			
Yo soy el (la) padre/madre/representante legal del menor de edad descrito arriba, quien tiene menos de 18 años de edad. Yo entiendo que el contacto de emergencia que describí arriba podría ser contactado en caso de que yo no esté disponible. Yo entiendo que mi seguro o método de pago existente será facturado por los servicios prestados al menor de edad descrito arriba. Yo entiendo que esta autorización es válida hasta que el paciente cumpla 18 años de edad, fecha de expiración O por revocación escrita. Yo entiendo que este formato no me exime (padre/madre/representante legal) de firmar un consentimiento informado como lo requiera la ley. FMC me contactará y obtendrá mi consentimiento mediante consentimiento informado como sea necesario. Yo entiendo que este formato debe ser completado previo a la primera visita sin acompañamiento a la Florida Medical Clinic. Yo he leído y comprendido los contenidos de este formato, el cual firmo de manera voluntaria.			
Firma de Padre/Madre/Representante			
Firma de Padre / Madre / Representante Legal		Fecha	
Nombre en Letra de Molde			
Opciones de Menor Emancipado			
<input type="checkbox"/> Autorizo a Florida Medical Clinic, LLC a facturar al seguro de mi padre/madre/representante legal por esta visita			
<input type="checkbox"/> No autorizo a Florida Medical Clinic, LLC a facturar al seguro de mi padre/madre/representante legal por esta visita. Entiendo que asumiré todas las responsabilidades financieras de la misma.			
Firma de Paciente		Fecha	
Nombre en Letra de Molde			