

**Heart of Florida Health Center**

**2553 EAST SILVER SPRINGS BLVD**

**OCALA, FL 34470**

**352.732.6599**

Nombre del Menor de Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorización para tratamiento a un Menor de Edad**

Yo doy consentimiento a Heart of Florida Health Center (HFHC) para que examine y de el tratamiento necesario al menor de edad mencionado arriba, incluyendo y sin limitaciones: examen de salud, pruebas diagnósticas, recetas de medicamentos, y referidos a especialistas u otros proveedores de salud. Este consentimiento aplica a (iniciales en todas las que aplican):

\_\_\_\_\_ Evaluación Médico y Tratamiento

\_\_\_\_\_ Evaluación Dental y Tratamiento

\_\_\_\_\_ Evaluación Mental y Tratamiento

\_\_\_\_\_ Entiendo que, al surtir recetas y solicitar recarga de medicamentos, estoy consintiendo que el tratamiento recetado por el proveedor de salud se considera medicamente necesario.

\_\_\_\_\_ Acepto que HFHC pueda proporcionar los servicios que he rubricado con mi consentimiento verbal, de conformidad con la ley aplicable y las políticas de HFHC.

Autorizo a las siguientes personas a acompañar al menor a las citas médicas **y consientan** al tratamiento o servicios en mi ausencia como lo es permitido en el Estatuto 743.0645 (2)(a) del estado de Florida.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Relación con el Menor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Relación con el Menor

Los siguientes personas pueden acompañar al niño a las citas medicas, pero **NO** están autorizadas a consentir ningún servicio para el menor de edad en mi ausencia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Relación con el Menor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Relación con el Menor

Este consentimiento es válido a menos que sea revocada por escrito*.* Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando una notificación firmada a HFHC. La revocación no afectara ninguna acción tomada en relación con esta autorización antes de haber recibido la notificación de renovación.

**La firma DEBE ser notarizada si no se firma en presencia del personal de HFHC**

Firma del Padre/Tutor legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo/Notario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Testigo/Notario (letra de molde)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_