



Formulario de Registro de Pacientes

El formulario es para pacientes nuevos o pacientes que no han sido atendidos por un proveedor en más de dos años. Deberá completar este formulario en su totalidad antes de su primera cita.

DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN MENOR

Determine quién tendrá acceso a información sobre atención médica, así como quién puede llevar al paciente para recibir tratamiento.

Yo/Nosotros _____ y _____
El/los [] guardián/es natural/es según se define en la sección 744.301(1) de las Estatutos de Florida; [] custodio(s) legal(es); [] tutor(es) legal(es) del siguiente menor:

Nombre del menor _____ Fecha de Nacimiento _____
según la sección 765.2035 de los Estatutos de Florida, designo a la siguiente persona para actuar como mi/nuestro sustituto de decisiones de atención médica para dicho(s) menor(es), si yo/nosotros no podemos o no estamos razonablemente disponibles para proporcionar consentimiento para tratamiento médico, dental y/o de salud conductual, así como procedimientos quirúrgicos y diagnósticos:

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
Si mi/nuestro sustituto de atención médica designado para un menor no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para cumplir con sus deberes, yo/nosotros designamos a la siguiente persona como mi/nuestro sustituto de atención médica alternativo para un menor:

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Yo/Nosotros, autorizo y solicito a Heart of Florida Health Centers Inc. seguir las instrucciones de mi/nuestro sustituto o sustituto alternativo en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, con respecto al tratamiento médico que puede incluir la prescripción de medicamentos y procedimientos quirúrgicos y diagnósticos para un menor, siempre que la atención médica y el tratamiento de cualquier menor se realicen bajo la orientación de un clínico con licencia.

Yo/Nosotros comprendemos plenamente que esta designación permitirá que mi/nuestro designado tome decisiones de atención médica para un menor y proporcione, retenga o retire el consentimiento en mi/nuestro nombre, para solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de la atención médica, y para autorizar la admisión o transferencia de un menor hacia o desde un centro de atención médica para tratamiento médico o dental. Dado que estas personas actuarán en mi nombre, también acepto eximir a Heart of Florida Health Centers Inc. de responsabilidad (no emprender acciones legales) por decisiones tomadas por las personas designadas con respecto a la atención médica de mi hijo. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Los padrastros, abuelos, hermanos adultos o hermanas adultas, y tíos o tías adultas pueden llevar y consentir el tratamiento de un menor sin autorización del padre o tutor legal/custodio. **Al inicializar a continuación prohibirá que estas personas lleven al menor y consientan el tratamiento a menos que estén mencionadas anteriormente o el padre/tutor legal/custodio del menor haya sido contactado y otorgue autorización verbal.** Para autorizar solo a los mencionados anteriormente a llevar al menor y consentir el tratamiento, **INICIE AQUÍ:** _____

Nombre (letra de molde): _____ Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____
Firma: _____ Paciente Custodio Legal
 Padre/Tutor Guardian Legal _____/_____/_____

Testigos
1. _____ Fecha _____
2. _____ Fecha _____

Nombre del Paciente: _____