



Lake County Tribal Health

CONSENTIMIENTO DE TERCEROS

Propósito de este formulario: Permite que un paciente autorice a otra persona a acceder a su información médica o actuar en su nombre en asuntos relacionados a la atención médica.

I. Información del Paciente

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

II. Información del Padre/Guardian (completar solo si el paciente es menor de edad)

Nombre completo del padre/guardian legal: _____

Relación con el menor: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

III. Información del Tercero Autorizado

Nombre completo del tercero autorizado: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

IV. Autorización para la Toma de Decisiones Médicas y Acceso

Yo, _____ autorizo a _____ a:

*Full Name of Parent/Guardian if patient is a minor,
or Full Name of Patient if an adult*

Full Name of Third Party

SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN:

Tomar decisiones médicas/dar consentimiento para tratamientos médicos, incluyendo vacunas, en nombre del paciente.

Programar/Cancelar citas médicas para el paciente.

Solicitar/Recoger los expedientes médicos e información del paciente.

Comunicarse con los proveedores de atención médica sobre el cuidado del paciente.

Otra (especifique): _____

V. Duración del Consentimiento

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de firma.

VI. Revocación

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito al proveedor de atención médica o institución. La revocación no afectará las acciones realizadas basadas en esta autorización antes de recibir el aviso por escrito de la revocación.

VII. Firma del Padre/Tutor/Paciente

Al firmar a continuación, afirmo que tengo la autoridad legal para autorizar a la persona nombrada en este formulario a actuar en nombre del paciente, y consiento voluntariamente.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____