



Orange City Area
Health System

Consentimiento escrito para el tratamiento médico de un menor

En el caso de que mi hijo/dependiente, _____
Escriba su nombre Fecha de nacimiento

Se presente a Orange City Area Health System para atención médica, por la presente doy mi consentimiento para dicha atención clínica, esto incluye los procedimientos diagnósticos y el tratamiento médico que el personal médico de Orange City Area Health System considere apropiado. También autorizo a Orange City Area Health System a divulgar información sobre seguros de salud y de accidentes a cualquier médico, hospital u otra instalación relacionada con la atención médica que esté involucrada en el tratamiento de mi hijo/dependiente, además de la información que pueda ser necesaria para la tramitación de los reclamos de seguro de mi hijo/dependiente como resultado del tratamiento recibido en Orange City Area Health System.

Este es el consentimiento para que podamos atender a un paciente menor de edad. Si su hijo/hija requiere alguna vacunación, procedimiento, análisis de laboratorio, servicios de radiología, tratamiento de alergias, inyecciones, etc., el personal médico necesitará obtener el consentimiento antes del tratamiento.

Cuidador autorizado para acompañar al paciente

Relación con el paciente

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Autorizo el uso de este formulario desde:

_____, 20____ a _____, 20____. (no puede exceder de 12 meses).
(Fecha) (Fecha)

Padre/Tutor
Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma del personal o testigo adulto

Fecha

Office Only:

☐ Original to HIM/Scan with visit - HAR # _____.

Note: If designated time period is longer than current date of service, keep original document at Clinic Front Desk (in binder).

Enter a patient message in EMR that there is a consent on file. Use copy of original for each visit to send to HIM.

NS 1603S
05/22/26