



Nombre: _____ N.º de historial médico/ID de facturación: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de seguro social: _____

Teche Action Board, Inc

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/LA MADRE AUSENTE PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____, soy el tutor legal del paciente mencionado anteriormente y **autorizo a las personas nombradas a continuación a acompañar a mi hijo/a en mi ausencia para recibir tratamiento médico y/o conductual en Teche Health.** Al firmar esta autorización, otorgo permiso para que las personas mencionadas firmen cualquier documento legal como consentimientos, autorizaciones para divulgar/solicitar información, etc. Esta autorización tendrá una validez de un (1) año. Si deseo realizar cambios en las personas autorizadas, debo informar a Teche Health por escrito de inmediato.

Las personas autorizadas son (*usar letra de imprenta*):

_____	Teléfono: _____
_____	Teléfono: _____
_____	Teléfono: _____
_____	Teléfono: _____

Firma del padre/madre/tutor/representante autorizado

Fecha

Firma del testigo

