

Limitaciones:

Sírvase indicar cualquier limitación a los tipos de servicios médicos para los que se otorga esta autorización, o cualquier otra limitación relacionada con el plazo para el cual se otorga esta autorización. Si no existe ninguna limitación, escriba “ninguna”.

Este formulario estará en vigor desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____.

** Nota: a menos que se especifique lo contrario, este formulario entrará en vigor de inmediato tras firmarlo. Las fechas indicadas deben tener lugar dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha de este formulario. Bajo ninguna circunstancia permanecerá este formulario en vigor por un plazo superior a los noventa (90) días a partir de la fecha en que el padre, madre o representante legal autorizado firme el formulario.*

Con mi firma a continuación, confirmo que el suplente al que he conferido autoridad para dar consentimiento cuenta con la capacidad para obtener, procesar, leer y comprender la información sobre la salud, con el fin de poder tomar una decisión apropiada e informada sobre la atención de la salud médica. Comprendo que, si los proveedores médicos a cargo del tratamiento del paciente tienen alguna duda sobre la capacidad del suplente para brindar autorización para que el paciente reciba atención médica, pueden postergar la atención que no sea de urgencia ni de emergencia hasta obtener la autorización debida. Al completar este formulario, accedo a que se comparta la información protegida sobre la salud del menor con mi suplente. Acepto responsabilidad financiera por todos los cuidados y servicios que se proporcionen de acuerdo con este formulario.

Firma del padre o representante legal autorizado

Relación con el paciente

Fecha

Hora

Nombre en letra de imprenta del padre o representante legal autorizado

N.º de teléfono

N.º alternativo de teléfono

El personal de Children’s Hospital Colorado debe completar esta sección:

Identification of Substitute verified (State Identification Card or Government Issued ID)



Place Patient Identification Label Here