

The Pediatric Lung Center & Allergy

2730-A Prosperity Avenue
Fairfax, VA 22031
Tel: (703) 289-1410
Fax: (703) 289-1420

19450 Deerfield Avenue, Suite 400
Leesburg, VA 20176
Tel: (703) 289-1410
Fax: (703) 289-1420

Formulario de Autorización Médica

El propósito de este formulario es para autorizar a otros adultos de **18 años de edad o más** para traer a su hijo a esta práctica para el tratamiento y servicio médico. Por favor complete un formulario para cada niño que desea cubrir por el Formulario de Autorización Médica.*

Yo, _____, autorizo para que el individuo(s) que figura a continuación
Padre/ madre/ guardian nombre y apellido
traiga a mi hijo, _____ a la cita(s) y para tomar
Nombre y apellido del niño Fecha de nacimiento del niño
decisiones médicas acerca de mi hijo. Entiendo que puede ser necesario que esta persona firme la declaración de responsabilidad financiera, para el co-pago requerido y proporcionar prueba de identificación al personal de la práctica antes que mi hijo sea visto.

Nombre del Adulto Autorizado (Por favor escriba claramente)

Nombre del Adulto Autorizado (Por favor escriba claramente)

Nombre del Adulto Autorizado (Por favor escriba claramente)

Por favor marque uno:

El permiso es para todas las visitas en el futuro que mi hijo tenga en esta práctica o hasta que pida retirar esta autorización.

O

El permiso está en vigor para la fecha(s) siguientes: _____

Padre/ Madre/ Guardián nombre (ESCRIBIR) _____

Firma _____

Fecha _____ Relación con el paciente _____

*La Regla de Privacidad HIPAA y nuestras políticas de procedimientos nos permiten obtener un acuerdo verbal, el cual se podría utilizar para revelar a un cierto individuo implicado en el cuidado del paciente, toda la información médica o de facturación correspondiente a la atención de dicho paciente.