

**Autorización de acompañamiento de un menor en tratamiento para personas que no son los padres o tutores**

Nombre del menor	Fecha de nacimiento

- Soy el **padre, la madre o el tutor legal** del menor mencionado anteriormente, y no hay órdenes judiciales vigentes en la actualidad que me prohíban autorizar a las personas detalladas a continuación (p. ej., amigo, padrastro, abuelo o cuidador) para que tomen decisiones de atención médica regulares y acompañen a mi hijo a las consultas en Mosaic Health.
- Por la presente, autorizo a las siguientes personas a acompañar a mi hijo a las consultas y a dar su consentimiento para la prestación de servicios regulares.

Nombre	Relación

No deseo autorizar a ninguna otra persona para que acompañe a mi hijo a sus consultas de tratamiento en este momento.

Las personas mencionadas están autorizadas para realizar lo siguiente:

- Analizar y compartir la información médica sobre mi hijo
- Tomar decisiones de atención médica de rutina según lo determinado a criterio del proveedor de Mosaic Health, incluidos los siguientes: radiografías dentales, selladores dentales, empastes de rutina, aplicación de flúor, vacunación de rutina, procedimientos médicos menores y servicios de laboratorio

*Tenga en cuenta que es posible que se requiera su consentimiento verbal por teléfono para cualquier decisión o procedimiento de atención médica significativo, por lo que deberá estar disponible durante los horarios de las consultas de su hijo para tomar dichas decisiones. Es importante que nos proporcione un número telefónico actualizado para que podamos comunicarnos con usted en estos casos.*

**El número telefónico más conveniente para comunicarse conmigo durante estos horarios es el siguiente:** \_\_\_\_\_

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación oral o por escrito ante el centro de salud; de lo contrario, este nombramiento solo permanecerá *vigente durante el plazo de un año* (a partir de la fecha de la firma). Se deberá completar un nuevo formulario cada año.

Firma del padre, madre o tutor del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Cargo

\_\_\_\_\_  
Fecha