

Nuestra Misión...Proteger y promover la salud de cada persona en el Condado de Tillamook.

CONSENTIMIENTO PARA ATENDER A UN NIÑO

Nombre del Paciente: _____ Fec.Nac.: _____

Por favor de **poner sus iniciales** al lado de la sección apropiada abajo:

_____ Yo, el tutor legal del niño mencionado arriba, autorizo que mi niño sea tratado en una instalación de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook (TCCHC, por sus siglas en inglés) aun si no estoy presente, siempre y cuando una de las siguientes personas mayores de 18 años de edad esté presente.

Nombre	Relación con el Paciente

-O-

_____ Yo deseo que el niño mencionado arriba sea tratado en una instalación de TCCHC solamente si un tutor legal esté presente.

Entiendo que esta autorización caducará en un año a menos que se indique lo contrario. Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.

Firma del Tutor Legal _____
Fecha

Relación con el Paciente