



## Autorización de Tratamiento

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de seguro: \_\_\_\_\_ Poliza #: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / guardian legal: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Autorizo a Eastchester Family Services (EFS) a proporcionar los siguientes Servicios de Atención Primaria:

Examen Físico/Examen deportivo	Vacunas	Examen de audición
Examen de la vista	Visita por enfermedad	Servicios de laboratorio

Elijo optar por no participar en lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/>	Examen Físico/Examen deportivo	<input type="checkbox"/>	Vacunas	<input type="checkbox"/>	Examen de audición
<input type="checkbox"/>	Examen de la vista	<input type="checkbox"/>	Visita por enfermedad	<input type="checkbox"/>	Servicios de laboratorio

Autorizo que EFS solicite los beneficios del seguro según corresponda para pagar la atención que recibirá mi hijo.

La confidencialidad del paciente es importante en EFS, por lo tanto, le pedimos que nos proporcione la siguiente información:

Nombre de cualquier otro miembro de la familia u otra persona que usted autorice a hablar con nuestro personal, programar citas y/o recibir información personal de salud sobre su hijo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

*\*Cualquier otra persona NO mencionada anteriormente NO podrá acceder a ninguna información médica protegida de su hijo hasta que el padre o guardian legal actualice esta autorización.*

*\*Se requerirá una identificación con foto de cualquier persona mencionada anteriormente que reciba información personal de salud sobre el paciente de EFS.*

Si no puedo ser contactado en el número principal mencionado anteriormente y/o en el registro de mi hijo, EFS puede dejar la siguiente información en mi correo de voz (marque todo lo que corresponda):

Recordatorios de citas       Información de referencia/prueba       Información financiera

Al firmar a continuación, autorizo a EFS a proporcionar los servicios mencionados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / guardian legal

\_\_\_\_\_  
Fecha: