



Burkhart
Pediatric &
Adolescent
Dermatology

(919) 476-1118 | (855) 878-6037

135 Parkway Office Court - Suite 201

Cary, NC 27518

info@burkhartpediatricdermatology.com

www.burkhartpediatricdermatology.com

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE MENORES NO ACOMPAÑADOS POR EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Historial n.º: _____

Para prestar servicios médicos a una persona menor de 18 años que se presenta sola o no acompañada por su padre, madre o tutor legal, la clínica Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC requiere permiso de dichos adultos. Si usted considera que puede haber situaciones en que un pariente, una niñera, etc. acompañen a su niño al consultorio, dé los siguientes datos para archivarlos en el registro de su niño.

Autorizo a las siguientes personas a autorizar asistencia médica para mi niño y firmar las exenciones necesarias en mi nombre. Esta autorización dura un año, a menos que yo misma la actualice o revoque antes de que venza.

Nombre	Relación	Nombre	Relación

SOLO para pacientes mayores de 16 años:

Sí ____ No ____ Los pacientes mencionados pueden presentarse y ser sometidos a tratamiento sin acompañante adulto.

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Fecha

Nombre del padre, la madre o el tutor legal (en letra de imprenta)