

Place Label  
Here

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE    FECHA DE NACIMIENTO**

### Consentimiento para que un adulto adicional acompañe al paciente/revise la información de salud

Este formulario concede a un paciente o para menores de edad, les otorga al padre, a la madre o al tutor legal del paciente la capacidad de autorizar a una persona para que acompañe al paciente a la cita y para que otorgue su consentimiento para tratamiento si el padre, la madre o el tutor legal no están presentes en dicha cita, bajo el entendimiento de que HealthFirst Bluegrass tiene un modelo integrado de atención médica. En el caso del paciente mencionado anteriormente, esto incluiría, entre otras cosas: evaluaciones, tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, análisis de laboratorio, recetas médicas, exámenes u otros servicios:

\_\_\_\_\_  
**SE DEBE PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO EN CADA VISITA.**

YO, \_\_\_\_\_, POR LA PRESENTE AUTORIZO A HEALTHFIRST BLUEGRASS A PERMITIRLE(S) A LA(S) PERSONA(S) INDICADA(S) ABAJO:

- Acompañar al paciente antes mencionado a las citas
- Tener acceso a la información de salud del paciente antes mencionado
- Tomar decisiones sobre la atención médica del paciente antes mencionado

Personas autorizadas:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Comprendo que esta autorización continuará vigente por 1 año; sin embargo, puedo revocarla/cancelarla en cualquier momento presentándome en HealthFirst y completando un formulario nuevo.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**O <si corresponde>**

FIRMA DEL TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**O <si corresponde>**

RECIBIDO EN LA MOCHILA EL: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO RECIBE EN LA CLÍNICA: \_\_\_\_\_