

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD /
AUTHORIZATION TO TREAT A MINOR (De 0 a 18 años de edad / Ages 0-18th Birthday)**

Nombre legal del/de la paciente: Primer nombre / *Patient's Legal Name: First* _____ Inicial del segundo nombre / *MI* _____ Apellido / *Last* _____
Fecha de nacimiento del/de la paciente / *Patient's DOB:* _____

Si hubiera circunstancias en las que no pudiera llevar a mi hijo/hija al consultorio para su evaluación y tratamiento, doy mi permiso y autorización a las siguientes personas (mayores de 18 años) para que obtengan atención médica para mi hijo/hija. También autorizo a los proveedores de Texas Health a discutir o divulgar información sobre cualquier asunto referente a las citas, información de seguro, resultados de análisis o atención médica de mi hijo/a a las personas nombradas a continuación. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo mismo proporcione una notificación por escrito a Texas Health sobre cambios o actualizaciones. Autorizo a los proveedores de Texas Health a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a citas, seguro médico, información de facturación, resultados de análisis y/o atención médica de mi hijo/a a los contactos adicionales a continuación.

Nombre / *Name* _____ Relación / *Relationship* _____
Teléfono / *Phone* _____

Nombre / *Name* _____ Relación / *Relationship* _____
Teléfono / *Phone* _____

Nombre del padre/tutor legal
(en letra de imprenta) / *Parent/Legal Guardian Printed Name* _____
Teléfono celular / *Mobile Phone* _____
Firma del padre/tutor legal / *Parent/Legal Guardian Signature* _____ Fecha / *Date* _____

FACILITY NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW



THPGAUTHMIN



AUTHORIZATION TO TREAT A MINOR

CF-0767-066S Rev. 12/20

Page 1 of 1

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____