



Chico Clinic

845 W. East Avenue
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

277 Cohasset Road
Chico, CA 95926
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic
530-520-6913
www.nvih.org

Autorización para el tratamiento médico de un menor sin presencia del padre/madre o tutor

Northern Valley Indian Health, Inc. (NVIH) deberá contar con la autorización de los padres o del tutor del menor antes de que éste reciba algún tipo de tratamiento en una cita médica en el que no exista un riesgo de vida (en situaciones de urgencia, generalmente existe un consentimiento tácito para proceder con el tratamiento). Mediante este formulario, se nos otorga autorización legal para tratar a su hijo/a en caso de que no pueda acompañarlo/a a NVIH para que reciba tratamiento médico en una cita de control médico o un tratamiento médico no invasivo a excepción de vacunas. NVIH proporcionará tratamiento al menor de edad sin la presencia del padre/madre o tutor en la cita médica siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- El padre/madre o tutor legal deberá asistir a la evaluación inicial del menor en NVIH.
- El menor deberá tener doce (12) años o más.
- El padre/madre o tutor legal deberá presentar personalmente este formulario directamente en nuestra oficina antes de la fecha de entrada en vigencia del formulario.
- El padre/madre o tutor legal deberá haber avisado a nuestra oficina que no estará presente durante la cita antes de que el menor concurra a la cita.
- Esta "Autorización para el tratamiento de un menor sin presencia del padre/madre o tutor" permanecerá vigente solo durante el período indicado abajo.
- El proveedor médico se reserva el derecho a negarse a tratar a un menor de edad en procedimientos en los que no exista riesgo de vida si, a su criterio, es necesaria la presencia del padre/madre o tutor durante el tratamiento.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

En caso de urgencia, podrán contactarme en:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Otro teléfono de contacto: _____

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, padre/madre/tutor de _____ estoy facultado para otorgar autorización previa a NVIH y a su personal para que brinden tratamientos y servicios médicos a mi hijo/a menor de edad cuyo nombre se indica arriba. Presto mi consentimiento para que mi hijo/a menor de edad pueda recibir tratamiento médico no invasivo, a excepción de vacunas, en NVIH sin la compañía de un adulto.

Desde _____ (ingrese la fecha) Hasta _____ (ingrese la fecha)

Entiendo y acepto que, como padre/madre o tutor, seré responsable de pagar todo gasto razonable en que se incurra debido a los cuidados y el tratamiento que reciba mi hijo/a menor de edad.

Yo, el paciente/persona legalmente autorizada puedo comunicarme en inglés de forma eficaz.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

HRN# (Historia Clínica) _____