

CONSENTEMENT ET FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LE TRAITEMENT MEDICAL DES MINEURS

Autorisation et Consentement du (des) Parent (s) ou Tuteur (s) Légal (s)

Je, _____, suis le parent ou le tuteur légal de _____, un mineur. Par la présente, je donne mon consentement et mon autorisation pour les soins médicaux rendus au mineur, y compris les procédures diagnostiques d'urgence et de non-urgence et les soins chirurgicaux et dentaires. Je consens volontairement et autorise _____ (Ci-après aidant) pour administrer le traitement pour toute blessure ou maladie de base subie par le mineur. Si les blessures ou les maladies éprouvées sont plus graves, J'autorise le soignant à prendre les mesures appropriées, y compris l'assignation d'un personnel médical d'urgence et l'autorisation d'émettre un consentement pour les soins médicaux nécessaires tels qu'ils sont considérés par un médecin, un chirurgien, un dentiste, un hôpital ou un autre professionnel de la santé ou un autre établissement médical dûment autorisé à exercer dans l'État en lequel un tel traitement doit se produire. Cela comprend toute radiographie, anesthésie, transfusion sanguine, médicaments, ou tout autre traitement médical. En prenant des décisions médicales en mon nom au profit du mineur, J'ordonne au soignant de tenter de me contacter. En outre, j'autorise le fournisseur de soins de santé à discuter pleinement avec le soignant de toute information médicale qui est nécessaire pour aider le traitement du mineur. Je reconnais qu'aucune garantie ne m'a été faite quant à l'effet de tels examens ou traitements sur la condition du mineur et que j'assume la responsabilité financière de ces soins médicaux. Il est entendu que cette autorisation est donnée à l'avance d'un tel traitement médical, mais elle est donnée pour fournir l'autorité et le pouvoir de la part de l'aidant dans l'exercice de son meilleur jugement sur l'avis de tout personnel médical ou d'urgence.

Signé, ce ____ jour de _____, 20__

Cette autorisation est efficace ____ / ____ / ____

Nom imprimé du parent/tuteur légal

Nom imprimé du témoin

Signature du parent/tuteur légal

Signature du témoin

Téléphone principal du parent/tuteur légal

Téléphone de travail du parent/tuteur légal

Renseignements Pertinents sur la Santé du Mineur

Nom légal complet du mineur

Médicaments

Date de naissance du mineur

Adresse de la maison

Allergies

Ville, état code postal

Compagnie d'assurance maladie

Date du dernier coup de tétanos

Numéro d'assurance maladie #

Autres antécédents médicaux pertinents