



Fecha de Hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Clear Skin Dermatology**  
**FORMA DE CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO A MENORES**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Esta sección solamente aplica a pacientes menores de 18 años. Si el paciente es menor de 18, la persona acompañándolos a la visita es el garante de la cuenta. La persona presente esta asumiendo responsabilidad financiera. Si otras acomodaciones son necesarias, documentación legal escrita es requerida antes de la visita de paciente.**

**Información de Garante (Presente hoy, responsable por cuenta)**

Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenina

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado/ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

---

**Muchas veces Padres/ Tutores Legales se encuentra indisponibles para acompañar a su joven hijo/hija a las citas. Esta forma a sido preparada para su conveniencia si usted no puede acompañar a su joven hijo/hija.**

**Niños 16 o 17 años:**

Menores de 16 o 17 años, deben de tener un padre/ tutor legal presente en la visita inicial o serán pedidos reprogramar su cita. Si el paciente tiene 16 o 17 años, puede ser vistos para cita de seguimiento sin un padre/ tutor legal **solamente** si el padre/ tutor legal llena y firma esta forma de consentimiento autorizando a Clear Skin Dermatology & Cosmetic Surgery para proveer tratamiento a su joven.

Yo por lo presente doy permiso a Clear Skin Dermatology de tratar a mi hijo/hija de 16 o 17 años, aunque lleguen a la oficina no acompañados el:

**hasta**

\_\_\_\_\_  
Fecha de Permiso

\_\_\_\_\_  
Fecha Final del Permiso

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Hijos 15 años o menores:**

Menores de 15 años o menos, Deben de tener un adulto presente para todas las visitas de oficina o serán pedidos reprogramar su cita. Si el paciente es menor de 15 años o menos, solamente serán vistos para su cita con un adulto presente aparte de su padre/ tutor legal **solamente** si el padre/ tutor legal llena y firma esta forma de consentimiento autorizando a Clear Skin Dermatology & Cosmetic Surgery para proveer tratamiento a su hijo.

**\*\*La cantidad de copago será debida al momento de visita. Por favor asegúrese de que el paciente y/o tutor de paciente esta preparado para pagar la cantidad de copago designada por su compañía de aseguranza.**

Yo por lo presente doy permiso a Clear Skin Dermatology de tratar a mi hijo/hija cuando lleguen a la oficina acompañados por el adulto autorizado abajo.

**y/o**

_____ Nombre de Persona Autorizada	_____ Relación al Paciente	_____ Nombre de Persona Autorizada	_____ Relación al Paciente
_____ Fecha de Permiso	<b>hasta</b> _____ Fecha que Termina Permiso	_____ Fecha de Permiso	<b>hasta</b> _____ Fecha que Termina Permiso
_____ Firma de Padre/ Tutor Legal	_____ Fecha	_____ Firma de Padre/ Tutor Legal	_____ Fecha