



Autorización De Delegado (AOD)

PATIENT LABEL HERE

Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Este formulario permite que otras personas actúen en nombre del paciente, nombrado arriba, en respeto a su salud con Clackamas y Oregon Pediatrics. Con su firma reconoce que usted es el paciente o representante legal de la persona nombrada arriba. Como tal, usted puede autorizar a otras personas para actuar en representación del paciente en cuanto a sus necesidades de salud. Esta autorización es vigente desde la fecha de la firma y se mantendrá en efecto hasta la fecha indicada abajo o hasta que sea revocado por escrito.

Autorización TEMPORAL: Esta autorización es válida solo hasta: ____/____/____

Autorización PERMANENTE: Esta autorización es válida hasta que sea revocada en escrito

REVOCAR la Autorización: Yo revoco todas las autorizaciones previas empezando desde la fecha de mi firma

Nombre del Delegado: _____ No. de teléfono: (____) _____

Relación con el Paciente: _____ **El delegado debe tener 18 años o más y debe presentar una identificación para cada cita.*

Marque aquí para que esta persona tenga permiso para programar, confirmar y/o cancelar citas.

Marque aquí para que esta persona tenga permiso para platicar/informarse sobre el cuidado médico y tratamiento.

Marque aquí para que esta persona tenga permiso para platicar/informarse sobre cualquier necesidad de cobro.

Marque aquí para que esta persona tenga permiso para recoger recetas, récords médicos o equipo médico .

Solo para pacientes menores de edad: Esta persona tiene permiso para acompañar a mi hijo/a a sus citas, podrá actuar en su nombre para autorizar el tratamiento, incluyendo pero no limitado a las vacunas y/o procedimientos médicos.

Otro: _____

Nombre del Delegado: _____ No. de teléfono: (____) _____

Relación con el Paciente: _____ **El delegado debe tener 18 años o más y debe presentar una identificación para cada cita.*

Marque aquí para que esta persona tenga permiso para programar, confirmar y/o cancelar citas.

Marque aquí para que esta persona tenga permiso para platicar/informarse sobre el cuidado médico y tratamiento.

Marque aquí para que esta persona tenga permiso para platicar/informarse sobre cualquier necesidad de cobro.

Marque aquí para que esta persona tenga permiso para recoger recetas, récords médicos o equipo médico .

Solo para pacientes menores de edad: Esta persona tiene permiso para acompañar a mi hijo/a a sus citas, podrá actuar en su nombre para autorizar el tratamiento, incluyendo pero no limitado a las vacunas y/o procedimientos médicos.

Otro: _____

X _____
Firma del Paciente/ Padre/ Representante Legal

Relación con el Paciente

____/____/____
Fecha