

# Tutela del paciente

Acct #



**Sólo complete esta forma si el paciente tiene un tutor legal**

**Tutor legal**

Apellido del tutor legal	Nombre	Relación con el paciente
Teléf. domicilio	Teléf. trabajo	Teléf. celular

**Persona encargada de las decisiones de atención médica**

Por favor, marque la casilla correspondiente a continuación para la toma de decisiones de atención de salud (marque uno):

- Madre     Padre     Madre y Padre     Otro: \_\_\_\_\_

Documentar una tutela o problemas de custodia debajo y proporcionar la documentación legal.

*Esta autorización se mantendrá vigente indefinidamente hasta que sea revocada por escrito. Comprendo que las peticiones de información médica por parte de personas que no se hayan señalado en el presente formulario requerirán mi autorización específica antes de divulgar cualquier información médica*

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente (en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente, padre o tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**