



## Autorización Para Tratar Un Menor de Edad

Yo autorizo a One Pediatrics a tratar mi(s) hijo(s) en mi ausencia bajo la supervisión directa de los siguientes individuos:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Estos individuos pueden tomar decisiones médicas sobre mi(s) hijo(s), y mi(s) hijo(s) pueden recibir tratamiento bajo de su supervisión. Sin embargo, entiendo que **NO** es nuestra política de oficina que mi(s) hijo(s) puede(n) recibir vacunas sin la presencia de un padre o tutor legal. También entiendo que la presencia de un padre o tutor legal durante las visitas preventivas anuales es el mejor interés de mi(s) hijo(s) para ofrecer la información más actual y precisa, y participar en su(s) atención médica.

Firma \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Fecha Firmada \_\_\_\_\_

ONE Pediatrics, PLLC: All Star Pediatrics, East Louisville Pediatrics, One Pediatrics at Simpsonville, Prospect Pediatrics, South Louisville Pediatrics, Springs Pediatrics, and Oldham County Pediatrics.