Autorización Para que los Empleados del Departamento de Salud Mental y Comportamiento Hagan Coordinación o Provean Servicios Médicos Necesarios a un Consumidor Menor de Edad

1. Yo (Nosotros), los padres o personas responsables legalmente del niño _____, autorizo al director del Departamento de Salud Mental y Comportamiento del Condado de San Bernardino, o los empleados asignados, ha autorizar exámenes de rayos X, anestesia, diagnostico o tratamiento médico o quirúrgico, cuidados en el hospital, tratamiento de Salud Mental, o consejería (como esta descrito en el código civil de California, sección 25.8 y 25.9), para ser administrados al menor de edad, bajo supervisión general o especial de, o bajo la recomendación de, de un medico, cirujano, y/ o un psiquiatra con licencia bajo las leyes de practica medica; o para autorizar exámenes de rayos X, anestesia, tratamiento o diagnostico dental, y hospitalización, para ser administrado al menor de edad por un dentista con licencia bajo las leyes de practica dental; ya sea, que el diagnostico o los servicios sean administrados en la oficina del medico, psiquiatra, o dentista o en el hospital. También autorizo la administración de las vacunas que sean necesarias.

2. Entiendo que esta autorización esta hecha por adelantado, antes de que se haya hecho un diagnostico, tratamiento, o se haya requerido hospitalización. Esta autorización le da autoridad y poder por adelantado para dar consentimiento para cualquiera o todos los diagnósticos, tratamientos, o hospitalización, con los profesionales, mencionados anteriormente, en ejercicio de sus habilidades clínicas para hacer las mejores recomendaciones clínicas necesarias.

3. Esta autorización se hace efectiva desde _____ hasta _____, o cuando se anule por escrito por la persona (s) que da el consentimiento.

_____	_____
Otros Seguros Médicos para el niño (número de la póliza)	Seguro Medico Medi-Cal (numero de la tarjeta)
_____	_____
Padre Fecha	Madre Fecha
_____	_____
Guardián Legal* Fecha	Trabajador Social Autorizado Fecha
_____	
Testigo Titulo Fecha	

***NOTA**: La persona con autorización legal debe de incluir una copia de la documentación de la custodia legal.

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA PARA MENOR

Condado de San Bernardino

Departamento de Salud Mental y Comportamiento
Información Confidencial del Cliente
Vea el Código W&I 5328

NAME:
(Nombre del niño)

CHART NO:

DOB:
(Fecha de Nacimiento)

PROGRAM: