

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____, padre/guardián legal, doy consentimiento
Nombre de padre/ guardián legal (PRINT)

para el tratamiento de la persona mencionada abajo:

_____, con la fecha de nacimiento _____
Nombre de paciente (Molde) la fecha de nacimiento de paciente

El tratamiento incluye, pero no se limita a exámenes físicos, Inmunizaciones y órdenes y pruebas de laboratorio y /o diagnóstico, según lo determinado por un proveedor de salud mental o de comportamiento en PrimeCare Community Health, Inc. en mi ausencia.

Las personas autorizadas para dar consentimiento para el tratamiento se enumeran a continuación:

<i>Nombre impreso del individuo autorizado</i>	<i>(Relación con el paciente)</i>
<i>Nombre impreso del individuo autorizado</i>	<i>(Relación con el paciente)</i>
<i>Nombre impreso del individuo autorizado</i>	<i>(Relación con el paciente)</i>

Este consentimiento es válido hasta que se retire el permiso, en escrito.

<i>Firma de padre/ guardián legal</i>	<i>Fecha</i>
---------------------------------------	--------------

Health Centers

PRIMECAREHEALTH West Town 1431 N Western Ave, Suite 406 Chicago, IL 60622 Tel: 312.491-5250 Fax: 312.491.5020	PrimeCareHealth Fullerton 3924 W Fullerton Ave Chicago, IL 60647 Tel: 773.276.2299 Fax: 773.276.2190	PrimeCareHealth Northwest 1649 N Pulaski Rd Chicago, IL 60639 Tel: 773.278.6868 Fax: 773.278-6922	PrimeCareHealth Belmont-Cragin 5635 W Belmont Ave Chicago, IL 60622 Tel: 773.736.1830 Fax: 773.736.1840
PRIMECAREHEALTH Hamlin 1920 N Hamlin Ave, Rm 101 Chicago, IL 60647 Tel: 773.772.7202 Fax: 773.772.7244	PrimeCareHealth Wicker Park 1127 N Oakley Blvd, 2 nd Fl Chicago, IL 60622 Tel: 312.770.2040 Fax: 312.770.3270	PrimeCareHealth West Town Dental 1431 N Western Ave, Suite 401 Chicago, IL 60622 Tel: 773.269.5540 Fax: 773.269.5544	Fr. Michael Michelini Center 1431 N. Western Ave, Suite 209 Chicago, IL 60622 Tel: 312.491.5435 Fax: 312.491.5066