



St. Thomas East End Medical Center Corporation
4605 Tutu Park Mall, Sala 207
P.O. Box 503177
St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

Formulario de Autorización de Tratamiento Médico para Menores

Este formulario otorga autoridad al adulto designado para permitir que St. Thomas East End Medical Center Corporation (STEEMCC) brinde atención de comportamiento, médica y / o dental a un menor (una persona menor de 18 años) en el caso de una emergencia, o cuando el menor no esté acompañado por uno de sus padres o un tutor legal, y puede que no sea factible o práctico comunicarse con ellos. Este formulario debe ser llenado, firmado, entregado y archivado con STEEMCC.

Yo, _____ residiendo en _____
(Nombre del padre / la madre / tutor legal) (Dirección)

en St. Thomas / St. John, Islas Vírgenes, afirmo que soy el padre/ la madre o tutor legal del niño (a) que se enumera a continuación y que no hay órdenes judiciales actualmente en vigor que me prohíban conferir el poder de dar consentimiento a otra persona.

Información del menor

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Género: Mujer Hombre

Relación con el Paciente: _____

Información para Tratamiento Médico: Información del Médico

Nombre: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Compañía de Seguros: _____
Póliza #: _____

Alergia a los Medicamento(s):

Alergias (Otras):

Por favor note todas las condiciones por las que el niño (a) está recibiendo tratamiento actualmente:

