



Consent for Care of Minor by Proxy

Child Guidance Center of Southern CT (CGC) has formed an alliance with Community Health Center, Inc. (CHC).

Your CGC providers will continue to provide your care at the same location(s).

CHC will provide billing and administrative services. Please let the front desk or your provider know of any questions.

Consentimento para cuidados de menor por procuração

Por lei, com algumas exceções limitadas, qualquer criança menor de 18 anos não pode ser examinada por um prestador licenciado sem o consentimento de um dos pais ou responsável legal. Se esse menor chegar com alguém que não seja um dos pais ou responsável legal, e nenhuma exceção for aplicável, devemos ter permissão por escrito do pai ou responsável legal de que o adulto acompanhante, listado abaixo, foi indicado por você para agir em seu nome. Para as ocasiões em que você não puder estar com seu filho, indique uma lista de pessoas que você autoriza que nos dê permissão para ver seu filho. Este formulário não substitui os formulários de inscrição baseados na escola que tratam do consentimento para o tratamento.

Eu dou minha permissão, como pai ou responsável legal de _____, para que os adultos listados abaixo acompanhem meu filho que será atendido no Community Health Center, Inc. em consulta de rotina (Por favor, marque todas as opções aplicáveis):

- Médica Odontológica Serviços de saúde comportamental

Os cuidados de rotina devem incluir, mas não se limitam a: avaliação médica, exame físico, imunizações de rotina, injeções, radiografias, visitas de restauração dentária, visitas preventivas odontológicas, visitas de terapia de saúde comportamental e trabalho de laboratório.

Adulto acompanhante:	Relação com o paciente:	Nº de telefone:	Data de vencimento:
Adulto acompanhante:	Relação com o paciente:	Nº de telefone:	Data de vencimento:
Adulto acompanhante:	Relação com o paciente:	Nº de telefone:	Data de vencimento:

**Nota: o adulto acompanhante precisará fornecer identificação ao chegar com o paciente

LIMITAÇÕES:

Identifique quaisquer limitações nos tipos de serviços médicos para os quais este consentimento por procuração é dado. Se não houver nenhuma, indique "nenhuma."

INFORMAÇÕES DE CONTATO:

Se a natureza dos cuidados médicos não for rotineira (definida acima), por favor, tente entrar em contato comigo (nós) sobre os cuidados de saúde de meus (nossos) filhos/dependentes no(s) seguinte(s) número(s) de telefone. Se, por alguma razão, vocês não puderem entrar em contato comigo (nós), podem confiar no tomador de decisões por procuração para consentimento:

Nome do pai/responsável:	Telefone durante o dia:	Telefone durante a noite:	Telefone celular:
Nome do pai/responsável:	Telefone durante o dia:	Telefone durante a noite:	Telefone celular:

AUTORIZAÇÃO:

Eu (pai/responsável legal) _____ solicito e autorizo que o Community Health Centre Inc. (CHC) e seu pessoal prestem cuidados de rotina ao meu filho/dependente listado acima, conforme for necessário para diagnóstico e tratamento da criança menor. Tenho o direito legal de autorizar o CHC e sua equipe a fornecer tratamento médico e serviços de rotina ao meu filho.

Pai/responsável legal (assinatura): _____ Relacionamento: _____ Data: _____

***Abaixo nenhuma circunstância um menor de idade poderá ser visto para uma consulta inicial, a menos que esteja acompanhado por um dos pais ou responsável, excepto e conforme e permitido por a lei.