



CUESTIONARIO DE PRIVACIDAD – PEDIATRÍA

Apellido del paciente	Nombre	Inicial 2do. nombre	Fecha de nacimiento ____/____/____ mm dd aaaa
-----------------------	--------	---------------------	---

1. Indique a cualquier persona que no sea los padres biológicos, miembros de la familia u otras personas, si las hubiera, que puedan acompañar a su hijo y dar su consentimiento para el tratamiento, y a quienes podamos informar sobre la condición médica general o el diagnóstico de su hijo (incluido el tratamiento y las operaciones de atención de salud):

Nombre: _____ Relación: _____

2. Indique a los miembros de la familia u otras personas a quienes podemos informar sobre la condición médica de su hijo **SOLO EN CASO DE EMERGENCIA**:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

3. Indique los nombres de las personas a las que específicamente **NO se les permite dar su consentimiento para el tratamiento o ser informadas sobre la condición médica general o el diagnóstico de su hijo. Si el padre de un niño está en la lista, proporciónenos una copia de los documentos legales relacionados con la custodia o restricciones específicas.**

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma del Paciente si es mayor de 18 años/Padre/Tutor Legal

Fecha de hoy

Nombre del padre 1/Tutor legal 1 (en letra de imprenta)

Relación con el paciente

Nombre del padre 2/Tutor legal 2 (en letra de imprenta)

Relación con el paciente