



477 N. El Camino Real, Suite A306
Encinitas, CA 92024
Telephone (760) 942-0118 Fax (760) 942-5319
www.ncfmg.com

Craig S. Duck, M.D.
Diplomate, American Board
of Family Medicine

Susan M. Glockner, M.D.
Diplomate, American Board
of Family Medicine

Amy Kakimoto, M.D.
Diplomate, American Board
of Family Medicine

James T. Hay, M.D.
Fellow, American Board
of Family Medicine

Richard E. Payne, M.D.
Fellow, American Board
of Family Medicine

Christine Clotfelter, D.O.
Diplomate, American Board
of Family Medicine

Responsabilidad financiera y consentimiento para atender a un menor

Yo, _____, tutor legal de _____,
Nombre impreso del tutor legal Nombre impreso del paciente menor

Autorizo a North Coast Family Medical Group para que lo evalúe y lo atienda sin mi presencia.

Entiendo que, si es médicamente inadecuado tratar al menor sin la presencia de un padre o tutor, es posible que el paciente deba hacer una nueva cita independientemente de este formulario de consentimiento.

Además, acepto que los cargos incurridos independientemente de la cobertura del seguro son mi responsabilidad y están sujetos a los beneficios y limitaciones del plan de seguro.

Este documento es efectivo a partir de esta fecha, _____, y permanecerá
Fecha
en efecto hasta nuevo aviso o hasta que el paciente cumpla los dieciocho años de edad.

Firma del tutor legal

Fecha