

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Advertencia A Pacientes con Medicaid**

Es la poliza de la Doctora Maria Aguirre-Hernandez REPORTAR toda cita a la que usted FALTE a su trabajador de caso.

Cuando usted hace una cita debe de llamar por lo menos 24 horas antes para cancelar o mover la cita. Medicaid es un programa del estado y todo pacientes debe tener un examen fisico una vez al ano. Faltar repetidamente a sus citas puede resultar en que se trabajador de caso TERMINE TODO BENEFICIO SE MEDICAID, sera basado en no cumplir con las reglas del estado. Cualquier nino menor de edad (menor de 18 anos) necesita tener un guardian leagal presente en TODAS las citas. NO EXCEPCIONES!!! Su cita puede ser cancelada si no hay guardian legal presente a la hora de la visits.

Firma de Guardian Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este es un document legal. Con el usted puede nombrar a parientes, amigos maestros, clerigos, vecions cualquiera que sea mayor de 18 anos de edad para ser responsable de sus hijos cuando estan lejos de ellos. Es especialmente importante para preparar este formulario para las ocasiones, cuando se sabe que deficil para comunicarnos con usted.

**Autorizacion para el tratamiento medico de los menores**

Nombre de los menores de edad (s)	Fecha de nacimiento	Alergias/condiciones Especiales

Yo/Nosotros, siendo el padre (s) o Tutor (s) de los menores por encima de los nombre (s), por la presente design a:

Nombre	Direccion	Numero de telefono

Para actuar en mi/nuestro nombre en autoriza inesperado medica, atencion dental, quirurgico y de hospitalizacion para el menor antes mencionado(s) durante el period de mi/nuestra ausencia, de: \_\_\_\_\_

Este document debera ser presentado a un medico, dentist o representante apropiado del hospital en ese momento tan inesperado medica, atencion dental, cirugia u hospitalizacion puede ser requerida.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_