**NORMAS DE DECLARACIÓN E INFORMACIÓN PARA**

**PACIENTES DE MENOR EDAD**

Bienvenidos a los Servicios Pediátricos de Northeast Rehabilitation Health Network, Servicios de Niños y Adolescentes. A fín de asegurar el cuidado de los niños(as) mientras reciben tratamiento en nuestras localidades, por favor léa la información siguiente y firme donde indique.

Todos los clientes deben haber dado información de emergencia al registrarse.

Todos los clientes menores de 18 años de edad deben firmar en la recepción al entrar y salir por cada visita.

Nunca deje su niño(a) desatendido(a) en el area de espera. Para los niños(as) menores de 12 años, por favor use el area de espera en Pediatría.

Por razones de seguridad un adulto de 18 años de edad o mayor debe permanecer presente en el area de espera o en el edificio durante las sesiones de tratamiento cuando el cliente es menor de 12 años de edad.

**RENDICIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Mi niño(a) tiene 12 años de edad o mayor y estará transportándose por sí mismo(a) hacia las localidades de NRHN para sus tratamientos. Yo he revisado mis responsabilidades con el/ella. Entiendo que mi niño(a) estará, en el area de espera o en el edificio, a ratos sín supervisión y reservo a NRHN inocuo de responsabilidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre o Madre o Tutor

**DECLARACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA**

Pediatra del Niño (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de ésta Yo doy permiso a NRHN de darle a mi niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_primeros auxilios simples cuando sea necesario o en el

evento de un accidente más serio, para que mi niño(a) sea transportado a un hospital u otra localidad de emergencia médica para recibir tratamiento apropriado. Tambíen Yo autorizo a los encargados de ambulancia o escuadrón de rescate para administrar tal tratamiento como sea medicamente necesario y autorizo al hospital, en nombre de mi niño(a), de encargarse de los examenes y tratamiento de emergencia, si es o cuando sea justificado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre o Madre Fecha

Yo por medio de ésta autorizo los individuales siguientes que son mayores de 18 años de edad para acompañar a mi niño(a):

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip\_\_\_\_\_

El personal de NRHN están dedicados a la seguridad de los niños(as). Nosotros acoqemos sus opiniones para asegurarnos de que su niño(a) reciba la cualidad de cuidado que el/ella merece. Por favor si lo desea, contacte al Director de Pediatría con sus comentarios y sugerencias @603-893-2900.

He leído y entiendo las Normas de NRHN para Menores de Edad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha