

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 fin 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.

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 sin supervisión y reservo a NRHN inocuo de responsabilidad.

Firma del Padre o Madre

Fecha

Hora

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 apropiado. También 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 exámenes y tratamiento de emergencia, si es o cuando sea justificado.

Firma del Padre o Madre

Fecha

Hora

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

Hora