

FAMILY

Allergy & Asthma



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARENTAL

Consentimiento para que jóvenes de 16–17 años reciban inyecciones para alergia sin la presencia de un padre/madre o tutor legal

Autorización para Visitas de Inmunoterapia de Menores (Sin Padre/Madre/Tutor Presente)

Yo soy el padre/madre o tutor legal del menor identificado a continuación. Autorizo a Family Allergy & Asthma ("FAA") a administrar las inyecciones de inmunoterapia prescritas para alergias a mi hijo(a), durante las visitas en las que yo no esté presente. Confirmando que mi hijo(a) tiene permiso para presentarse a la cita y seguir tanto instrucciones como políticas de la clínica de FAA, incluyendo acatar cualquier período de observación requerido después de la inyección. Acepto permanecer disponible por teléfono durante la visita y recoger a mi hijo(a) de inmediato si así se solicita. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Tiempo de Espera Obligatorio y Síntomas

Family Allergy & Asthma está comprometido a brindar tratamiento seguro y efectivo a los pacientes. Por lo tanto, **requerimos una espera de 30 minutos después de recibir las inyecciones** para alergia para asegurar que no ocurra una reacción alérgica. Las reacciones alérgicas pueden variar desde reacciones locales leves hasta reacciones generalizadas graves, incluyendo urticaria e incluso la muerte. Estos síntomas pueden incluir: picazón en ojos, nariz o garganta; congestión nasal; secreción nasal; opresión en la garganta o el pecho; tos; aumento de sibilancias; mareos; desmayo; náuseas; urticaria; picazón generalizada; u otros síntomas. Debe informar estos u otros síntomas a la enfermera inmediatamente para que se puedan tomar las medidas apropiadas. Aunque es raro tener una reacción alérgica grave a cualquier inyección para alergia, esto puede ocurrir incluso después de haber recibido inyecciones durante años. En FAA tomamos ~~muchas~~ las precauciones necesarias para minimizar cualquier riesgo potencial. Las investigaciones han demostrado que si ocurre una reacción grave, los síntomas generalmente comienzan dentro de los 30 minutos posteriores a la inyección.

Al firmar este consentimiento, reconozco que he leído y entendido el requisito de Family Allergy & Asthma de esperar 30 minutos.

Reconocimiento y Asunción de Riesgo

800.999.1249 | 502.429.6157 | 9800 Shelbyville Rd | Suite 220 | Louisville KY 40223

Tennessee | Ohio | Indiana | Kentucky | Pennsylvania | Arkansas | Florida | Illinois | Missouri

Entiendo que la inmunoterapia para alergias puede causar reacciones, incluyendo reacciones locales y, en algunas ocasiones reacciones sistémicas graves como anafilaxia que pueden requerir tratamiento de emergencia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y doy mi consentimiento para el tratamiento con este entendimiento. Autorizo a FAA a proporcionar atención razonable y necesaria en respuesta a una reacción, incluyendo la administración de medicamentos de emergencia y el contacto con servicios médicos de emergencia cuando esté clínicamente indicado.

Reconozco que mi hijo(a) No puede asistir solo(a) a la primera cita para inyección de alergia, ni a ninguna otra cita que no sea una cita rutinaria de inyecciones.

Estoy permitiendo que mi hijo(a), _____, reciba sus inyecciones para alergia sin la presencia de un padre/madre o tutor legal.

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal	Fecha
Firma	Número de Contacto (Para emergencia)
Número de Cuenta del Paciente (solo para uso de la clínica)	