6816

HARTFORD HOSPITAL / CONNECTICUT CHILDRENS MEDICAL CENTER
COMBINED CONSENT FORM

Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

Connecticut Children's
MEDICAL CENTER

Consent For Treatment Of Minor

I am the Parent or Legal Guardian of _____, a minor child. I consent to the admission / registration of this child to Hartford Hospital and Connecticut Children's Medical Center for medical treatment by their professional staff on an inpatient or outpatient basis. I also consent to the child's transfer from either hospital to the other when appropriate for continuing treatment. In the event of a transfer, the receiving hospital's professional staff will assume responsibility for the treatment of the child.

I have had this form explained fully to me, and I understand its content and significance.

_____ _____
Witness Signature of Parent/Guardian

Date: _____ Time: _____

Consent For Treatment Of Newborn

Name of Maternity Patient: _____

Date of Admission to Hartford Hospital: _____

Name of Signer of this consent: _____

I consent to the medical treatment for my child or children expected to be delivered upon my (or my wife's) admission to Hartford Hospital as a maternity patient. I also consent to the child/children's transfer between Hartford Hospital and Connecticut Children's Medical Center for continuing medical treatment. In the event of a transfer, the receiving hospital's professional staff will assume responsibility for the treatment of the child/children.

_____ _____
Witness Mother/Father

Date: _____ Time: _____

6816

"Hartford Hospital" / "Connecticut Childrens Medical Center"
Forma De Autorización Combinada

Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

Connecticut Children's
MEDICAL CENTER

Autorización Para El Tratmiento De Un Menor

Yo, el padre / madre o guardián legal de _____ ,
Menor de edad, autorizo la admisión / registración de éste niño a "Hartford Hospital" y el "Connecticut Childrens Medical Center" para que el personal professional le de tratamiento, ya sea como paciente ingresado o paciente ambulatorio. También autorizo, que cuando sea necesario para el tratamiento apropiado, transfieran al niño de un hospital a otro. En el evento de que haya la necesidad de hacer uno transferencia, el personal professional del hospital que reciba al niño, asumirá la responsabilidad del tratamiento del niño(a).

Se me ha explicado por completo ésta forma, y entiendo el contenido y el significado de la misma.

_____ _____
Testigo Firma del Padre / Madre o Guardián

Date_____ Time_____

Autorización Para El Tratamiento De Un Niño Recien Nacido

Nombre de la Paciente de Maternidad: _____
Fecha de Admisión al "Hartford Hospital":_____
Nombre de la Persona que Firma ésta Autorización:_____

Autorizo el tratamiento medico que se le proveerá a mi niño(s), que ésta por nacer. Mi esposa y yo al ser admitidos como pacientes de maternidad de "Hartford Hospital", también autorizo la transferencia de mi niño(s) entre "Hartford Hospital" y el "Connecticut Childrens Medical Center" con el propósito de continuar su tratamiento medico. En el evento de que haya la necesidad de hacer una transferencia, el personal professional del hospital que reciba al niño, asumirá la responsabilidad del tratamiento del niño(s)

_____ _____:
Testigo Firma del Padre/Madre o Guardián

Fecha: _____ Hora: _____