

AUTHORIZACIÓN PARA QUE UN TERCERO PUEDA DAR SU CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

Yo soy El padre o la madre
 El tutor
 Otra persona que tiene la custodia legal _____
 (describa la relación legal)

de (nombre del menor) _____, menor de edad.

Por medio del presente autorizo a (nombre del representante) _____ a actuar como mi representante y dar consentimiento para todo estudio de radiografías, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria que sea recomendada por cualquier médico o dentista con licencia quien prestará supervisión general o especial del mismo, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se brinde en el consultorio del médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que se requiera, pero se otorga a fin de dar autoridad al representante nombrado anteriormente a dar consentimiento para todo y cualquiera de dichos diagnósticos, tratamientos u atención hospitalaria que recomiende un médico o dentista con licencia.

Esta autorización se otorga en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del Código de Familia.

Por medio del presente autorizo a todo hospital que brinde tratamiento al menor de edad nombrado anteriormente en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del Código de Familia a entregar la custodia física del menor al representante nombrado anteriormente al finalizar el tratamiento. Esta autorización se otorga en conformidad con el Artículo 1283 del Código de Salud y Seguridad.

Estas autorizaciones tendrán vigencia hasta (mes y día) _____ del 20 _____ a menos que sea antes revocada por escrito entregada al representante nombrado anteriormente.

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

(sobre)

Form 2-3S Authorization for Third Party to Consent to Treatment of Minor Lacking Capacity to Consent

INFORMACIÓN MÉDICA PERTINENTE

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento del menor: _____

Alergias a medicamentos o alimentos: _____

Padecimientos por los cuales el menor está recibiendo tratamiento: _____

Medicamentos actuales: _____

Restricciones de las actividades: _____

Médico de atención primaria (*nombre y teléfono*): _____

Compañía de seguros: _____

Nombre de la madre: _____

Dirección de la madre: _____

Teléfonos de la madre: _____

(trabajo)

(casa)

(otro)

Nombre del padre: _____

Dirección del padre: _____

Teléfonos del padre: _____

(trabajo)

(casa)

(otro)