



AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO PARA MENORES FORMULARIO DE AUTORIZACION

Autorización y Consentimiento de Padre(s) o Guardian(es) Legales

Yo, _____, soy el padre o guardián legal de _____, un Menor. Por la presente, doy mi consentimiento y autorización para la atención médica prestada al Menor, incluyendo diagnósticos y procedimientos de emergencia y no-emergencia y cuidado quirúrgico dental. Además, consiento y autorizo voluntariamente _____ (al "Cuidador") para administrar el tratamiento para cualquier lesión o enfermedad básica sufrida por el Menor. Si las lesiones o enfermedades sufridas son más graves, consiento y autorizo al Cuidador a tomar las medidas apropiadas, incluyendo la convocatoria de personal médico de emergencia y la autoridad para emitir el consentimiento para la atención médica necesaria según lo estime cualquier médico licenciado, cirujano, dentista, hospital u otro profesional médico o institución debidamente licenciado para ejercer en el estado en el que se produzca dicho tratamiento. Esto incluye cualquier radiografía, anestesia, transfusión sanguínea, medicamentos o cualquier otro tratamiento médico. Al tomar decisiones médicas en mi nombre para el beneficio del Menor, dirijo al Cuidador para intentar contactarme. Además, autorizo al proveedor de servicios de salud a hablar en su totalidad con el Cuidador cualquier información médica que se requiere para ayudar el tratamiento del Menor. Reconozco que no se me han hecho garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamiento sobre la condición del Menor y que asumo la responsabilidad financiera de dicha atención médica. Se entiende que esta autorización se da antes de cualquier tratamiento médico, pero se da para proporcionar autoridad y poder por parte del Cuidador para ejercitar de su mejor juicio, sobre el consejo de cualquier personal médico o de emergencia.

Firmado, el ____ de _____, 20__

Esta autorización es efectiva hasta el día __/__/__

Nombre Impreso del Padre/Guardian Legal

Nombre Impreso del Testigo

Firma Impresa del Padre/Guardian Legal

Firma Impresa del Testigo

Teléfono Primario del Padre /Guardian Legal

Teléfono del Trabajo del Padre/Guardian Legal

Información de Salud Pertinente del Menor

Nombre Legal Completo del Menor

Medicamentos

Fecha de Nacimiento del Menor

Domicilio

Alergias

Ciudad, Estado, Código Postal

Compañía del Seguro Médico

Fecha de la última vacuna contra el Tétanos

Número de Póliza de Seguro de Salud y # de Grupo

Otros Antecedentes Médicos Pertinentes