



AUTHORIZATION FOR THIRD PARTY TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR LACKING CAPACITY TO CONSENT

Soy el padre/la madre
 tutor
 otra persona que tiene la custodia legal _____
 de (*nombre del menor*) _____, menor de edad.

Por este medio, autorizo a (*nombre del agente*) _____ a actuar como mi agente para dar consentimiento para las exploraciones radiológicas, la anestesia, los diagnósticos o tratamientos médicos, quirúrgicos o dentales y la atención hospitalaria que cualquier médico u odontólogo autorizado recomiende y supervise, de manera general o especial. Dichos diagnósticos o tratamientos se harán en el consultorio del médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización se da antes de que se necesite cualquier diagnóstico, tratamiento u hospitalización específicos, pero se hace para autorizar al representante mencionado para que dé consentimiento para cualquier diagnóstico, tratamiento u hospitalización que recomiende un médico o un odontólogo autorizado.

Esta autorización se da de conformidad con las disposiciones del artículo 6910 del Código de Familia (Family Code).

Por este medio, autorizo a cualquier hospital para que le dé tratamiento al menor mencionado, de conformidad con las disposiciones del artículo 6910 del Código de Familia, a cederle al representante mencionado la custodia física del menor después de terminar el tratamiento. Esta autorización se da de conformidad con el artículo 1283 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code).

Estas autorizaciones permanecerán vigentes hasta el (*mes y día*) _____

de 20____, a menos que se revoquen antes por escrito y se envíen al representante mencionado.

Fecha: _____ Hora: _____

Firma: _____
 (*encierre en un círculo la relación: padre/madre/tutor legal/persona que tiene la custodia legal*)

Firma: _____
 (*padre/madre*)

(Rellene el formulario que está detrás de esta página)



AUTHORIZATION FOR THIRD PARTY TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR LACKING CAPACITY TO CONSENT

INFORMACIÓN DE IMPORTANCIA MÉDICA

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento del menor: _____

Alergias a medicamentos o a comidas: _____

Condiciones por las cuales actualmente el menor recibe tratamiento: _____

Medicación actual: _____

Restricciones a la actividad: _____

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

Compañía de seguro: _____

Nombre de la madre: _____

Dirección de la madre: _____

Números de teléfono de la madre: Trabajo: _____ Casa: _____ Otro: _____

Nombre del padre: _____

Dirección del padre: _____

Números de teléfono del padre: Trabajo: _____ Casa: _____ Otro: _____



AUTHORIZATION FOR THIRD PARTY TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR LACKING CAPACITY TO CONSENT