

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR EN AUSENCIA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Yo, _____, el padre/madre o tutor de
(Nombre del padre/madre/tutor)

_____, fecha de nacimiento _____,
(Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento del paciente)

por este medio autorizo a _____ para
(Nombre de la persona que lleva al paciente al consultorio)

que acompañe al paciente arriba mencionado al consultorio para las visitas con

_____ y doy mi consentimiento para el examen o
(Nombre del médico)

tratamiento (incluyendo las vacunas) del paciente durante las visitas en el consultorio para todo el tratamiento médico que pueda necesitar nuestro hijo durante nuestra ausencia. Se entiende que esta autorización se da antes de tal tratamiento médico, pero se da para dar autoridad y poder a la persona identificada arriba en el ejercicio de su mejor juicio siguiendo el consejo de dicho personal médico. Acepto asumir la responsabilidad financiera por todos los gastos de la atención.

Esta autorización:

- Está vigente *solo* el _____
(mes/día/año)
- Está vigente del _____ al _____
(mes/día/año) (mes/día/año)
- Está vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Me reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al médico mencionado arriba.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

FECHA



SPANISH