

Consentimiento Para el Tratamiento de Menores

Yo, _____, padre o tutor de
(Nombre del Padre o Tutor Legal)

_____, nacido, _____
(Nombre del Paciente) (Fecha de Nacimiento)

doy consentimiento para que obtenga atención médica y la administración de anestesia, procedimientos para salvar su vida o medicamentos determinados por un médico, que sean necesarios para el bienestar de mi hijo/a

y dicho hijo/a está bajo el cuidado de UBCP Hilltop Pediatrics sino estoy disponible por teléfono para dar

consentimiento. Esta autorización es efectiva a partir de _____ hasta que
(Fecha)

consentimiento se retira.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Autorización Para que Otro Adulto Consienta a Tratamiento (Opcional)

Yo, _____, padre o tutor de
(Nombre del Padre o Tutor Legal)

_____, nacido _____
(Nombre del Paciente) (Fecha de Nacimiento)

autorizo a _____ a actuar como mi agente dar su consentimiento a
(Nombre del Otro Adulto)

cualquier examen de rayos x, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, y cualquier otro

cuidado hospitalario que se considere aconsejable, y debe ser brindado bajo la supervisión general o especial

de, un médico y/o cirujano con licencia, independientemente de donde se proporcione el tratamiento. Esta

autorización se otorga de acuerdo a las disposiciones de la sección 6910 del Código de Familia y es efectiva

desde _____ hasta que se retire el consentimiento.
(Fecha)

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha