

*Formulario de Autorización de Tratamiento Médico para un menor*

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento a \_\_\_\_\_,  
(Nombre del padre/madre/guardián) (Nombre de la persona designada)

\_\_\_\_\_ la autorización para obtener tratamiento médico para el/la siguiente  
(Relación con el menor)

Menor: (Nombre/Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_

El/los proveedor (es) del/la menor mencionado anteriormente tienen autorización para:

-obtener servicios de cuidado preventivo de rutina.

-obtener tratamiento médico y procedimientos para el/la menor apropiado en caso de emergencia que incluye tratamiento de médicos, hospitales y del personal de la clínica, también de otros proveedores.

-obtener tratamiento médico de rutina de proveedores adecuados para atención médica, si se presentan síntomas de enfermedades de las siguientes (ejemplo: fiebre, tos, respiración irregular, salpullido inusual, dificultad para tragar, etc.).

Esta concesión de autoridad temporal comenzará el \_\_\_\_\_, y permanecerá vigente hasta terminación por firmante o un año, lo que ocurra primero.

En caso de una emergencia, el/los proveedores del menor primero deben tratar de comunicarse con los padres. Si los padres no pueden ser contactados, el/los proveedor (es) deben contactar a la siguiente persona (s):

1) Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lugar del empleo: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/guardián