



Formulario de Delegación de Autoridad Parcial de los Padres para el Tratamiento

Para brindar un tratamiento seguro y eficaz a los pacientes menores de 18 años, un padre o tutor legal debe acompañar a los pacientes menores de edad a sus citas. Si el menor llega con alguien que no sea un padre o tutor legal, debemos tener un formulario de permiso por escrito del padre o tutor legal que indique que esta persona ha sido designada por usted para actuar en su nombre.

Puede designar a cualquier persona mayor de 18 años para que se haga responsable de su hijo cuando usted no pueda acompañarlo a su cita médica.

El consentimiento para tratar a un menor será designado por un año a menos que se indique lo contrario.

Paciente (Menor) Nombre Completo (En letra de molde) _____

Paciente (Menor) Fecha de Nacimiento _____

Por lo presente autorizo:

Nombre y Relación (En letra de molde) _____

Nombre y Relación (En letra de molde) _____

- Para llevar al menor nombrado para su examen y tratamiento, incluidos chequeos del bienestar del niño, en Valley-Wide
- Dar su consentimiento para procedimientos invasivos médicamente necesarios
- Para administrar medicamentos si es médicamente necesario
- Administrar vacunas

Entiendo que, al firmar este formulario, autorizo a (las) personas mencionadas anteriormente a dar su consentimiento en mí nombre para el tratamiento de mi hijo menor. También reconozco que, al firmar este formulario, afirmo que tengo la autoridad legal para autorizar a (las) personas mencionadas anteriormente a firmar/autorizar el tratamiento en mi nombre.

Me reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito; de lo contrario, el consentimiento es válido por un año.

Nombre de la madre/el padre o tutor legal (En letra de molde)

Firma de la madre/el padre o tutor legal _____

Fecha _____



*Se requiere un formulario separado para cada niño por lo cual se delegue autoridad
*Un formulario de historial médico completo debe acompañar este formulario