

Autorización Parental Para Tratar

Yo, _____, certifico que soy el padre o tutor legal del menor (es) que se enumeran a continuación, y como tal, por la presente transmitir la autoridad temporal a la siguiente adulto designado(s) con el único propósito de obtener o arreglar cualquier atención médica de emergencia para el menor que se considere necesario para el bienestar de mi hijo (s) cuando no esté acompañado por un padre/guardián legal o si el padre/guardián legal no puede ser alcanzado por teléfono.

Por la presente, apruebo y autorizo a las personas enumeradas a continuación con la autoridad para concertar y/o dar su consentimiento para toda la atención médica de emergencia y el tratamiento de mi (s) hijo (es) en mi ausencia.

Información De menor(es)

Nombre del niño: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____
Padre/guardián legal: _____
Alergias: _____
Condiciones médicas: _____
Medicamentos actuales: _____

Nombre del niño: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____
Padre/guardián legal: _____
Alergias: _____
Condiciones médicas: _____
Medicamentos actuales: _____

Nombre del niño: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____
Padre/guardián legal: _____
Alergias: _____
Condiciones médicas: _____
Medicamentos actuales: _____

Nombre del niño: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____
Padre/guardián legal: _____
Alergias: _____
Condiciones médicas: _____
Medicamentos actuales: _____

Información del seguro de salud

Compañía de seguros: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Número de póliza: _____
Número de Grupo: _____

Tenedor de Póliza

Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____
Seguridad social Número: _____
Relación con el paciente: _____

Nombre impreso de padre/guardián legal

Fecha

Firma de padre/guardián legal

Relación con el menor(es)

Casa/teléfono de trabajo Número

Número de Cèlular

Nombre del adulto designado

Firma del adulto designado

Nombre del adulto designado

Firma del adulto designado