

Formulario de Autorización Médica Infantil

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo soy el padre/madre o guardián legal de _____ (nombre legal del paciente). Tengo el derecho legal de dar consentimiento para el tratamiento médico de este niño (paciente).

Autorizo a la siguiente persona, mayor de 18 años de edad, cuya relación con el niño es:

_____	_____
Persona que llevará al niño a la cita	Relación con el niño

para llevar al niño a su cita médica y dar consentimiento para la atención médica que los médicos y proveedores de Clayton Pediatric Center consideren necesaria en el momento de la cita. Entiendo que esta delegación incluye recibir información de salud sobre el menor necesaria para tomar decisiones inmediatas sobre la atención médica.

Este consentimiento es válido hasta que yo, el padre/madre o guardián legal, lo revoque por escrito.

_____	_____	_____
Firma del Padre/Madre o Guardián Legal	Nombre Impreso	Fecha

Información de contacto del padre/madre/tutor legal: _____
Número de Teléfono