



**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD**

Yo, \_\_\_\_\_ padre o tutor legal de \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Nombre del menor)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, por este medio doy consentimiento a cualquier atención médica que haya sido determinada  
(Fecha de nacimiento del menor)

Necesaria por un médico para el bienestar de mi hijo/a mientras este se encuentre bajo el cuidado de \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona que presenta en menor)

Esta autorización es efectiva a partir \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Testigo Nombre: \_\_\_\_\_  
(Por favor imprimir)

Este formulario de consentimiento debe ser presentado con el menor de edad al hospital o consultorio médico cuando el menor acuda a recibir tratamiento. También se deben presentar con este formulario: una copia de la licencia de conducir de los padres s y cualquier tarjeta (s) de seguro - frontal y trasera - La información a continuación es adicional y el propósito es proveer la mejor atención posible al menor de edad. Es recomendable incluirla con el consentimiento, pero no es necesaria.

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal de la madre: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono principal del padre: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos o alimentos: \_\_\_\_\_

Vacuna del tétano más reciente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicamentos especiales, grupo sanguíneo o información pertinente: \_\_\_\_\_

Médico del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_