



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: _____