



## Autorización de Tratamiento Médico (Menores)

AUTORIZACIÓN PARA QUE EL AGENTE CONSIENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR

Autorizo \_\_\_\_\_ a dar su consentimiento para una radiografía, examen,  
(nombre completo de un adulto al que se le ha confiado el cuidado de un menor)

inmunizaciones, anestesia, todos servicios médicos, dentales y de salud mental, o diagnóstico o  
tratamiento quirúrgico

y cuidados de hospital a \_\_\_\_\_ siendo aconsejado por  
(nombre completo del menor)

un médico y cirujano con licencia y proporcionado por ese médico o bajo la supervisión de ese médico,  
sin afecto de donde se proporciona el tratamiento.

Esta autorización se realiza bajo el Código Familiar §6910.

Esta autorización reemplaza cualquier solicitud previa de autorización para tratar a un menor presentada  
antes de la fecha a continuación. Permanece vigente hasta que se revoque por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (Letras de Molde): \_\_\_\_\_

Por favor, especifique relación al menor:

- Padre con custodia legal
- Guardián con custodia legal
- Otro: \_\_\_\_\_