



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
(nombre completo del menor)

aconsejado por 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: _____