



AUTORIZACION PARA AUTORIZAR EL TRATAMIENTO DE MENORES

Yo y nosotros, _____ bajo la tutela legal de los padres:
(Padre/Tutor legal)

Nombre del Nino(a) _____	Féc. De Nac _____
Nombre del Nino(a) _____	Féc. De Nac _____
Nombre del Nino(a) _____	Féc. De Nac _____
Nombre del Nino(a) _____	Féc. De Nac _____

Menor (s), por la presente autorizan (**es decir, nombre de pariente, niñera, amigo, etc.**)

Dar su consentimiento, en mi ausencia, a cualquier examen o tratamiento, incluyendo exámenes físicos de rutina e inmunizaciones, lo cual se considera aconsejable. Se entiende que la autorización se da por adelantado, pero se da para proporcionar autoridad y poder por parte de nuestro agente anteriormente mencionado para dar un consentimiento específico. **Esto expirará un año a partir de la fecha firmada.**

Contacto de emergencia (excepto los padres) _____

Relación (al paciente) _____ número de teléfono _____

Fecha: _____

Nombre De Impresión: _____ Firma: _____

Testigo: _____