



Autorización para Tratar un Paciente Menor de Edad en Ausencia del Padre/Guardián

Yo, _____, el padre y guardian legal de _____, por la presente
(nombre del padre/guardian) (nombre del hijo(a))

autorizo _____ para acompañar a mi hijo(a) mencionado anteriormente
(nombre del adulto que acompaña al niño(a) a la oficina)

a las visitas del consultorio _____ y dar su consentimiento para el
(nombre del medico/medicos/práctica)
examen y/o tratamiento de mi hijo(a) durante las visitas del consultorio.

Esta autorización:

- Es efectivo solo en _____ (mes/día/año).
- Es efectivo desde _____ a _____ mes/día/año.
- Es efectivo hasta que to lo revoque por escrito.

Yo reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al medico/práctica antes mencionado. Entiendo que mi hijo(a) (menor de 18 años) no puede atender a su cita sin el acompañamiento del adulto mencionado anteriormente.

Signature of Parent/Guardian

Date

Signature of Witness

Date