



Autorización para el Tratamiento de un Menor en Ausencia del Padre/Madre o Tutor

Yo, _____, padre/madre y tutor(a) legal de _____ por presente

(nombre del padre/madre/tutor)

(nombre del niño/niña)

autorizo a _____ a acompañar a mi hijo(a) mencionado(a)
anteriormente a las visitas médicas en

(nombre del adulto que acompaña al niño/a a la consulta)

con _____ y a consentir el examen y/o tratamiento de mi hijo(a)
durante las visitas médicas.

(nombre del médico/médicos/consulta)

Por favor, completa la sección a continuación si autoriza que su hijo(a)/dependiente sea atendido
sin la presencia de un padre/madre/tutor legal o del representante mencionado anteriormente.

Yo, _____, padre/madre y tutor(a) legal de _____, por presente

(nombre del padre/madre/tutor)

(nombre del niño/niña)

autorizo a mi hijo(a)/dependiente a ser atendido(a) sin la presencia de un tutor legal y doy mi
consentimiento para el examen y/o tratamiento de mi hijo(a) durante las visitas médicas.

Esta autorización:

☐ Es válida solo el (mes/día/año).

☐ Es válida desde hasta (mes/día/año).

☐ Es válida hasta que yo la revoque por escrito.

Me reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante un escrito
dirigido al médico/consulta mencionado(a) anteriormente. Entiendo que mi hijo(a) (menor de 18
años) no podrá asistir a su cita sin la compañía del adulto mencionado anteriormente.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

Firma del Testigo

Fecha