

**Información del menor:**

Nombre completo del menor: _____

Género: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información de los padres o tutor legal

Yo, _____, como padre o tutor legal del menor anteriormente mencionado, declaro y certifico que soy efectivamente el padre o tutor legal de dicho menor, y que no existe ninguna orden judicial que impida que este padre o tutor legal otorgue esta autorización, incluida la aprobación de atención médica y tratamiento mediante este documento.

Datos del cuidador e información sobre el consentimiento

Yo, nombro y autorizo a los siguientes cuidadores del menor anteriormente mencionado:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono del cuidador _____

Yo, como padre o tutor legal, autorizo por la presente a los cuidadores a obtener, en nombre del menor anteriormente mencionado, cualquier atención y tratamiento médico necesarios, incluyendo, pero no limitándose a evaluaciones médicas, exámenes físicos, pruebas de laboratorio o radiología, inyecciones, inmunizaciones, y cualquier información médica relacionada con dicho cuidado, todo ello sin requerir mi presencia.

Detalles del consentimiento

La autoridad otorgada en este formulario entrará en vigor inmediatamente después de su firma y permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Confirmando que este consentimiento para recibir tratamiento se otorga de manera libre y con pleno conocimiento de su propósito, que es proporcionar atención médica y tratamiento al menor.

La autoridad otorgada a través de este Formulario de Consentimiento para Tratamiento Médico de Menores puede ser revocada mediante notificación por escrito a la clínica, y dicha revocación entrará en vigor una vez que un miembro del personal de la clínica la haya recibido y reconocido.

Nombre del padre o tutor legal: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Document Information

Document Title

Child Medical Consent Form - SPANISH VERSION - FORM

Document Description

N/A

Approval Information

Approved On: 10/14/2024

Approved By: System Forms Committee

Document Location: / Baptist Health Forms / H-117 Child Medical Consent Form

Printed By: Elizabeth Borella

Standard References: N/A

Note: This copy will expire in 24 hours