



Affix the label here
(Internal Use Only)

AUTORIZACIÓN PARA QUE TERCEROS PUEDAN CONSENTIR A TRATAMIENTO DE MENOR INCAPAZ DE CONSENTIR

- Yo soy el padre
 tutor
 otra persona que tiene custodia legal _____

(Describir la relación jurídica)

de (nombre del menor) _____, un menor de edad.

Yo por lo tanto autorizo a (*nombre del agente*) _____, a actuar como mi agente para consentir a cualquier examen de rayos X, anestesia, tratamiento médico, quirúrgico o diagnóstico y tratamiento dental y a la atención hospitalaria que es recomendada por, y que debe ser hecha bajo la ley general o la supervisión especial de, cualquier médico con licencia en Asian Pacific Health Care Venture, Inc. (APHCV), si dicho diagnóstico o tratamiento se presta en el consultorio del médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización se da con anticipación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que se requiera, y se da para dar autoridad al agente antes mencionado para dar su consentimiento a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que Un doctor autorizado o un dentista recomiende.

Esta autorización se otorga de conformidad con las disposiciones de la Sección 6910 del Código de la Familia.

Por la presente autorizo a la APHCV que proporcione tratamiento al menor mencionado anteriormente de acuerdo con las provisiones de la Sección 6910 del Código de la Familia para entregar la custodia física del menor al agente arriba mencionado una vez completado el tratamiento. Esta autorización se da de acuerdo con la Sección 1283 del Código de Salud y Seguridad.

Estas autorizaciones permanecerán vigentes hasta (*mes y día*) _____, 20_____,
A menos que antes sea revocado por escrito y entregado al agente nombrado arriba (1 año máximo)

Fecha : _____

Firma : _____

Nombre en letra de molde: _____

(Circulé la relación con el paciente: padre / tutor legal / persona que tiene custodia legal)