

AUTORIZACIÓN A TERCERO PARA QUE CONSIENTA AL TRATAMIENTO DE UN MENOR QUE NO TIENE LA AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIR

- Yo soy el el padre/madre
 El guardián legal
 Otra persona que tiene custodia legal

_____ (describa la relación legal)

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

Autorizo a (*nombre del agente*) _____, para que actúe como mi agente para consentir a cualquier examen de rayos x, anestesia, tratamiento diagnóstico o médico, quirúrgico o diagnóstico o tratamientodental, atención hospitalaria, que es recomendado por y se realice bajo la supervisión general o especial de, cualquier médico o dentista, si tal diagnóstico o tratamiento se llevado a cabo en el consultorio médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización es concedida antes de que se requiera un diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica, pero que se concede para otorgarle la autoridad al agente mencionado arriba para que de su consentimiento a todo diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que un médico con licencia o dentista recomienda.

Se concede esta autorización de acuerdo con las provisiones del Artículo 6910 del Código Familiar. (Family Code Section 6910)

Por este medio autorizo cualquier hospital que proporciona el tratamiento al menor nombrado arriba conforme a las disposiciones del Artículo 6910 del Código Familiar a entregar la custodia física del menor al agente nombrad boarriba al terminar el tratamiento. Esta autorización se concede conforme al artículo 1283 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code section 1283).

Estas autorizaciones seguirán en vigencia hasta (*mes and día* _____, 20_____, a no ser que se revoquen antes informándole por escrito al agente nombrado arriba. (Un ano máximo)

Date: _____

Firma: _____
(círcule relación: padre/madre/tutor legal o persona que tenga la custodia legal)

Firma: _____
(padre/madre)