

AUTHORIZATION FOR TREATMENT OF MINORS AND INCOMPETENTS/SPANISH-ENGLISH

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE MENORES INCOMPETENTES

(NOTA: Este formulario puede ser utilizado para permitir a menores o terceras personas aceptar tratamiento medico sin tener que comunicarse con padres/tutor.)

Yo, quien firma la presente como padre/tutor de _____
(nombre y fecha de nacimiento del menor)
a través de este documento autorizo a _____ para
(Escriba nombre del menor o tercera persona)
consentir y autorizar tratamiento medico y hospitalario. Esta autorización se limita al
tratamiento de la(s) siguiente(s) condiciones
médicas _____. Esta autorización será válida
por el periodo de tiempo comprendido entre el _____ y el
_____. A través de la presente otorgo indemnidad y libero de
responsabilidad a los médicos, al hospital y a otras personas que actúan de acuerdo a esta
autorización.

Firmada el _____ día del mes de _____, _____
(Executed this) (day of)

Testigo (Witness)

Padre/Guardian Legal (Parent/Guardian)

Información:
(Information:)

El padre/guardián legal puede ser localizado en la dirección/número de teléfono siguiente:
(Parent / guardian can be located at the following address/phone number)

Nombres/direcciones del medico de cabecera, pediatra, dentista:
(Names/Address of family doctor, pediatrician, and dentist):

Cualquier alergia de la que esté al tanto:
(Any known allergies)

Información sobre la compañía de seguros (Insurance Information)

Compañía (Company) _____

Número de póliza (Policy Number) _____

Código de la cobertura (Coverage code) _____

AUTHORIZATION FOR TREATMENT OF MINORS AND INCOMPETENTS

(NOTE: Form can be used to allow minor or third party to consent without contacting parent/guardian)

I, the undersigned parent/guardian of _____
(minor's name and date of birth)

hereby empower and grant to _____
(insert name of minor or third party)

permission to consent to and authorize medical and hospital treatment. This authorization is limited to the treatment of the following medical condition(s)

_____. This authorization shall be valid for the period of time commencing on _____ and ending

_____. I do hereby indemnify and hold harmless the physicians, hospital and other persons who act in reliance upon this authorization.

Executed this _____ day of _____, _____.

Witness

Parent/Guardian

Information:

Parent / guardian can be located at the following address/phone number: _____

Names/Address of family doctor, pediatrician, and dentist: _____

Any known allergies: _____

Insurance Information:

Company _____

Policy Number _____

Coverage Code _____