



**AUTORIZACIÓN PARA QUE UN TERCERO OTORGUE EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO  
DE UN NIÑO MENOR DE EDAD QUE CARECE DE CONSENTIMIENTO  
AUTHORIZATION FOR THIRD PARTY TO CONSENT TO TREATMENT  
FOR MINOR CHILD LACKING CONSENT**

Nombre del niño:	
Fecha de nacimiento:	
Nombre del padre/de la madre:	
Tutor legal:	
Relación con el niño:	
N.º de teléfono del padre/de la madre/del tutor legal:	
Dirección del niño:	
Dirección del padre, de la madre o del tutor legal:	
Nombre y números de teléfono del contacto de emergencia n.º 1:	
Nombre y números de teléfono del contacto de emergencia n.º 2:	
Nombre y número de teléfono del pediatra:	
Nombre y número de teléfono del médico de familia:	
Nombre y número de teléfono del dentista:	
Medicamentos:	1. 2. 3.
Alergias a medicamentos:	1. 2. 3.
Otras alergias:	1. 2.
Problemas médicos:	1. 2. 3.
Cirugías anteriores:	1. 2. 3.
Fecha de la última vacuna antitetánica:	
Información del seguro: Aseguradora N.º de póliza N.º de grupo N.º de identificación del asegurado	
Adulto a quien el padre/la madre/el tutor legal autoriza a dar el consentimiento para tratar: Relación con el niño N.º de teléfono Dirección	
Médico y consultorio/clínica autorizados a basarse en este consentimiento:	

	 Consent Form	Name: <span style="float: right;">Page 1 of 2</span> DOB: MRN:
--	---	--

Yo/Nosotros, el/los que suscribe/n, padre/madre/persona que tiene la custodia legal/tutela legal y el derecho legal de otorgar el consentimiento para el tratamiento médico de \_\_\_\_\_, un menor, por el presente autorizo/autorizamos y otorgo/otorgamos este poder notarial a: \_\_\_\_\_, como representante/s del/de los que suscribe/n, para otorgar el consentimiento para cualquier exploración radiológica, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y atención hospitalaria que un médico o cirujano colegiado en el estado de Nevada o el personal médico de cualquier hospital considere conveniente y deba ser prestado bajo la supervisión general o especial de estos, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se preste en el consultorio de dicho médico o en dicho hospital.

Autorizo/Autorizamos al Dr. \_\_\_\_\_ y a los médicos y proveedores de atención médica asociados que trabajen en el mismo consultorio o clínica a basarse en esta autorización.

Comprendo/Comprendemos que el médico/los proveedores de atención médica que se basen en esta autorización no están obligados a realizar tratamientos médicos/prestar servicios médicos/prestar atención médica si determinan que no es una emergencia o si desean mi/nuestro consentimiento como padre, madre o tutor legal. Esta autorización no obliga al médico/proveedor de atención médica a tratar al niño mencionado anteriormente.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específicos. Se otorga para proporcionarle autoridad a nuestro/s representante/s mencionado/s anteriormente para que otorgue/n el consentimiento específico para cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que un médico que cumpla con los requisitos de esta autorización, en el ejercicio de su criterio, estime conveniente.

Por medio del presente, autorizo/autorizamos a cualquier hospital que haya brindado tratamiento al menor mencionado anteriormente a que entregue la custodia física de dicho menor al/a los representante/s mencionado/s con anterioridad luego de la finalización del tratamiento.

Esta autorización permanecerá en vigencia hasta el \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, a menos que sea revocada con anterioridad por escrito y esa revocación sea entregada al/a los representante/s mencionado/s al médico clínico.

Reconozco/Reconocemos que soy/somos responsable/s de todos los cargos en relación con la atención y el tratamiento prestados al niño durante este período y acepto/aceptamos garantizar el pago de los servicios.

Nombre en letra de imprenta:	Firma:
Relación con el niño:	Fecha:

Nombre en letra de imprenta:	Firma:
Relación con el niño:	Fecha:

Firma del testigo:	Nombre en letra de imprenta:
Fecha:	