

Seven Hills Pediatrics

Autorizacion para Consentimiento Medico

Soy el padre/ tutor legal de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- No autorizo a ninguna otra persona dar consentimiento del cuidado medico de mi(s) hijo(s)
- Si autorizo a las siguientes personas dar consentimiento del cuidado medico de mi(s) hijo(s):

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Esta autorizacion permite a las personas mencionadas anteriormente dar consentimiento sobre:

Atencion Medica Laboratorios Vacunas Inyecciones Antibioticas Prescripciones

Esta autorizacion permanecera vigente hasta que sea revocada por escrito por mi. Por la presente certifico que tengo la autoridad legal para delegar mi autoridad en el consentimiento para el cuidado y que ningun acuerdo legal me impide delegar autoridad.

Firma: _____ Fecha: _____

Relacion al paciente(s): Madre Padre Tutor Legal