



Autorización de los padres para el tratamiento médico

Yo, el abajo firmante, padre, madre o tutor legal de _____, cuya fecha de nacimiento es _____, por la presente autorizo a los proveedores médicos de Stormont Vail Health a realizar el tratamiento médico, que puede incluir procedimientos, vacunas, estudios de diagnóstico e intervenciones que los proveedores de atención médica de Stormont Vail Health consideren necesarias o aconsejables para brindarle atención a mi hijo cuando esté acompañado por cualquiera de las personas adultas mayores de 18 años que se mencionan a continuación, quienes están autorizadas a dar consentimiento para dicho tratamiento en mi nombre:

Nombre del adulto: _____ Relación con el niño: _____
(Nombre en letra imprenta) (Abuelo, tía, tío, hermana, hermano, otro)

Nombre del adulto: _____ Relación con el niño: _____
(Nombre en letra imprenta) (Abuelo, tía, tío, hermana, hermano, otro)

Nombre del adulto: _____ Relación con el niño: _____
(Nombre en letra imprenta) (Abuelo, tía, tío, hermana, hermano, otro)

Nombre del adulto: _____ Relación con el niño: _____
(Nombre en letra imprenta) (Abuelo, tía, tío, hermana, hermano, otro)

Nombre del adulto: _____ Relación con el niño: _____
(Nombre en letra imprenta) (Abuelo, tía, tío, hermana, hermano, otro)

Nombre del adulto: _____ Relación con el niño: _____
(Nombre en letra imprenta) (Abuelo, tía, tío, hermana, hermano, otro)

Esta autorización vence cuando el niño cumpla los 18 años, a menos que se indique lo contrario a continuación. Además, reconozco que soy responsable de cualquier parte de los gastos que no estén cubiertos por el seguro del niño.

Fecha _____ Firma del padre/madre/tutor _____

Nombre del padre/madre/tutor en letra imprenta _____

Dirección del padre/madre/tutor _____

Teléfono del padre/madre/tutor _____

Limitación de tiempo opcional

Esta Autorización debe cubrir un período desde _____ hasta _____ años)
(fecha de inicio) (fecha de finalización, que no exceda los 18 años)

Devuelva este formulario al proveedor de atención médica de su hijo para que lo escanee en el expediente médico electrónico de su hijo para referencia futura. (Nota: si tiene más de un hijo, cada uno debe tener una autorización por separado).