

**FORMA PARA SUBSTITUIR CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO A
MENORES Y PERSONAS INCOMPETENTES**

(NOTA: Se deben realizar los esfuerzos necesarios para comunicarse con padres//tutores antes de proveer
tratamiento medico.)

Yo, quien firma la presente como padre/tutor de _____,
(nombre y fecha de nacimiento del menor de edad)
en caso de que no puedan comunicarse conmigo haciendo los esfuerzos razonables, a través
de la presente, le concedo a _____ permiso para autorizar y
consentir el tratamiento medico y hospitalario para mi hijo(a)/ cuyo nombre aparece
previamente. 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) _____

SUBSTITUTED CONSENT FOR TREATMENT OF MINORS AND INCOMPETENTS

(NOTE: Efforts should still be made to contact parent/guardian before providing treatment)

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

In the event that I cannot be contacted through reasonable efforts, hereby empower and grant to _____ permission to consent to and authorize medical and hospital treatment for my above-named child/ward. 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/Addresses of family doctor, pediatrician, and dentist:

Any known allergies: _____

Insurance Information

Company _____

Policy Number _____

Coverage Code _____