

# CONSENTIMIENTO PREVIO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR/DEPENDIENTE

Este formulario de consentimiento previo permite a los padres de menores o tutores legales de adultos dependientes otorgar permiso para que otros adultos responsables traigan a su hijo(a) o adulto dependiente a nuestra oficina para evaluación y tratamiento.

El padre/tutor abajo firmante de \_\_\_\_\_

Cuya fecha de nacimiento es el \_\_\_\_\_

Por la presente se faculta y autoriza a las siguientes personas nombradas:

1. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Permiso expreso para actuar como mi agente para dar consentimiento y autorizar la evaluación y el tratamiento médico de mi hijo(a)/dependiente mencionado(a) anteriormente. Esta autorización otorga autoridad y poder a las personas nombradas anteriormente para dar consentimiento específico para cualquier evaluación, diagnóstico, tratamiento de consultorio, administración de vacunas, administración de anestesia o tratamientos quirúrgicos que un médico, en el ejercicio de su mejor criterio, considere convenientes. Esta autorización incluye el ingreso hospitalario si el médico lo considera necesario.

Esta autorización será válida hasta que yo la revoque por escrito.

Por la presente, indemnizo y eximo de responsabilidad a los médicos, al personal y a otras personas que actúen en virtud de esta autorización.

---

Nombre del padre/tutor

---

Fecha de nacimiento

---

Firma del padre/tutor

---

Fecha

