



AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

A quien corresponda:

Como padre/tutor, por la presente autorizo el tratamiento por parte de un médico calificado y con licencia de cualquier condición que, en opinión del médico, se considere necesaria y apropiada. Esta autoridad se otorga solo después de que se haya hecho un esfuerzo razonable para comunicarse conmigo.

Nombre del menor: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento del menor: Edad: _____

Teléfono principal _____ Teléfono secundario: _____

Motivo por el que se pretende la liberación: _____

Dirección del menor: _____ Ciudad: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el menor: _____

Teléfono(s): _____

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico: _____ Ciudad: _____

Enumere alergias, medicamentos, contactos u otros comentarios pertinentes (adjunte la segunda hoja si es necesario): _____

DATOS DEL SEGURO MÉDICO:

Compañía: _____ Política: _____

Grupo: _____ Contrato: _____

Además, autorizo a la persona que presenta al menor a firmar el Acuse de recibo de los derechos de privacidad del aviso que pueda presentar el médico o el centro de atención médica. Al celebrar y/o firmar este documento, el firmante o los firmantes se comprometen a realizar sus transacciones por medios electrónicos. El firmante acepta que permitir transacciones por medios electrónicos facilitará estas transacciones. El firmante tiene la opción de optar por firmar las cosas en formato papel. **Entiendo y acepto completamente los términos anteriores y firmo este formulario a sabiendas, de buena gana y libremente.**

Esta autorización se completa y firma por mi propia voluntad con el único propósito de autorizar el tratamiento médico que el médico tratante considere necesario y apropiado.

Fecha: _____ Fichado: _____

(Padre o tutor)