

## **Autorización para Tratar a un/a Menor**

Yo, el abajo firmante, autorizo a los proveedores de la Clínica Médica de CCMH a brindar tratamiento médico y/o quirúrgico a mi hijo/a.

Asimismo, autorizo a las siguientes personas que actúan en mi nombre a dar su consentimiento para cualquier tratamiento médico y/o quirúrgico que los proveedores médicos de la Clínica Médica de CCMH consideren médicamente necesario o aconsejable para mi hijo/a.

Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Nombre de Adulto/a: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Nombre de Adulto/a: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Nombre de Adulto/a: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Esta autorización será válida hasta \_\_\_\_\_ (fecha) y puede ser modificado por el padre/madre o guardian legal en cualquier momento.

### **Información Sobre El/La Niño/a**

Nombre Completo del Niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Niño/a: \_\_\_\_\_

### **Firma/Autorización**

Nombre de Padre/Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Relación: ( )Madre ( )Padre ( )Guardian Legal ( )Otro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Padre/Guardian Legal)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(CCMH Employee)