



DAVENPORT PEDIATRICS
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y
FORMULARIO DE PERMISO

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y PERMISO

Este "Autorización de Tratamiento Médico y Formulario de Consentimiento" le da autoridad a un adulto(s) designado para coordinar la atención de rutina o de emergencia médica para el niño cuando los padres o tutores legales no pueden acompañar al niño y aprobar o consentir al médico del niño cuidado.

Esto es extremadamente importante porque la atención médica no se puede proporcionar al niño sin la aprobación o el consentimiento de cualquiera de los padres del niño o tutores legales, a menos que haya consentimiento por escrito autorizando a otro adulto para aprobar o consentir a la atención médica del niño.

FECHA: _____
MM / DD / YYYY

Yo, _____, el padre o guardián de _____,
(Nombre del padre o guardián) (Nombre del Niño)

doy la autorización a la siguiente persona (s) para acompañar a mi hijo y para aprobar o consentir a cualquier médico atención o tratamiento que debe proporcionar DAVENPORT PEDIATRICS, P.A., sus médicos y personal de apoyo a mi hijo.

	Nombre	Relación con el niño
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

(Firma del padre o guardián)

Las personas en la lista de arriba debe tener una identificación adecuada (ID) para que el paciente tratado.