



**La Forma Para Permiso Pediatría Para el Tratamiento Médico**

En ausencia de los padres o guardián legal, JHC proveerá el cuidado médico para un niño en cuanto a los padres o guardián legal nombra alguien que tiene más de 18 años para representarles.

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, (nombre de padre o guardián) \_\_\_\_\_,  
doy a esta persona la autoridad para actuar por mi parte:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Puede dar su consentimiento para tratamientos médicos de emergencia y realizar lo siguiente:

- Traerle a las citas
- Dar consentimiento para las vacunas que hacen falta
- Buscar las recetas
- Dar consentimiento para el análisis de sangre
- Recibir los resultados de los análisis
- Otras cosas: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Puede dar su consentimiento para tratamientos médicos de emergencia y realizar lo siguiente:

- Traerle a las citas
- Dar consentimiento para las vacunas que hacen falta
- Buscar las recetas
- Dar consentimiento para el análisis de sangre
- Recibir los resultados de los análisis
- Otras cosas: \_\_\_\_\_

Entiendo que los que actuaran por mi parte tiene que mostrar identificación con foto.

Yo puedo revocar mi consentimiento a cualquier tiempo, por escrito. Amenos que lo revoque antes, este consentimiento se expirará a partir de un año de la fecha firmada.

Firma de padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_