



Delegación de consentimiento

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Autorizo (cuando no estoy disponible para dar consentimiento) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre de la persona

Relación al niño(a)

Nombre de la persona

Relación al niño(a)

Nombre de la persona

Relación al niño(a)

Nombre de la persona

Relación al niño(a)

dar su consentimiento a cualquier y todo cuidado médico y atención para este niño(a) que se considere necesario y apropiado por un profesional médico con licencia en el estado de Texas. Este consentimiento se incluye, pero no se limita a, la intervención médica y quirúrgica y atención electiva, así como la atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que yo retire la delegación de consentimiento.

Firma del Padre/Tutor/Paciente (si tiene 18 años o más) _____

Relación al Paciente _____

Fecha _____

Testigo _____

Traductor/Lector (si es aplicable) _____