



FORMULARIO PARA DELEGAR AUTORIZACIÓN

Nombre del Paciente:	
Fecha de Nacimiento del Paciente:	
Nombre de la Madre o Tutor Legal, Dirección y Numero de Teléfono:	
Nombre del Padre o Tutor Legal, Dirección y Número de Teléfono:	

Declaración de Tratamiento(s) Médico(s), Procedimiento(s) a ser Llevados a Cabo y Propósito del Tratamiento.

Paginas adicionales podrían agregarse de ser necesario con el fin de describir procedimientos médicos específicos; esta deberá ser firmada y fechada por el padre de familia/curador o tutor legal. Coloque sus iniciales dando consentimiento a los siguientes tratamientos.

Iniciales

_____ Bienestar pediátrico de rutina incluyendo vacunación.

_____ Evaluación médica y control de enfermedades pediátricas ambulatorias incluyendo ambas, enfermedades agudas y crónicas.

_____ Procedimientos menores en clínica

Médico Tratante (también incluye a los doctores y proveedores de practica avanzada en sociedad con el médico tratante):	
---	--



FORMULARIO PARA DELEGAR AUTORIZACIÓN

Yo/Nosotros en calidad de padre(s) de familia, curador(es) tutor(es) legal(es) del menor de edad anteriormente mencionado, por este medio nombramos a los individuos mencionados en orden de aparición a actuar en mi/nuestro nombre para consentir a los tratamientos y/o procedimientos especificados anteriormente cuando yo/nosotros no esté (emos) razonablemente disponible(s) para otorgar dicho consentimiento. Si Yo opto dar por terminada esta delegación de autoridad, Yo deberé comunicárselo a mi clínica.

Nombre del Individuo	Relación al Paciente (Niño Menor de Edad)	Información para Contactarle(s)

Iniciales

_____ Yo/Nosotros entiendo (demos) que en la eventualidad que Yo/nosotros no este/estemos disponibles para otorgar consentimiento en nombre de mi/nuestro niño menor de edad, el consentimiento del individuo anteriormente identificado, a quien Yo/nosotros hemos otorgado autoridad para que puedas también otorgar consentimiento en nombre de mi/nuestro niño menor de edad, será considerado suficiente para los tratamientos y/o procedimientos médicos anteriormente especificados.

_____ Yo/Nosotros indemnizaremos y no responsabilizaremos, de todo gasto o reclamo de cualquier naturaleza, a toda entidad que provea o que cause a que se provea examinación, tratamiento o atención medica de hospital bajo esta Delegación de Consentimiento (excepto hasta donde dicha entidad sea negligente al respecto). Yo entiendo que soy responsable del pago de todos los cobros resultantes de la atención médica proporcionada por TCP, incluyendo aquellos montos no cubiertos por la póliza de mi seguro de salud.

Al firmar a continuación, Yo reconozco haber leído, entendido y Accedo a esta Delegación de Consentimiento.

_____ Padre de familia/Curador/Tutor Legal

_____ Fecha

_____ Padre/Curador/Tutor Legal

_____ Fecha:

_____ Testigo (Firma y Nombre en Letra de Molde)

_____ Fecha:

(Si el documento es firmado por el Padre de Familia/Curador/Tutor Legal en una Clínica de TCP, un testigo deberá firmar)



FORMULARIO PARA DELEGAR AUTORIZACIÓN

A ser llenado por el Intérprete cuando corresponda:

Yo he leído este documento de forma precisa y completa a

(El/los padre(s) de familia/curador(es)/tutor(es) legal(es)) en su idioma principal. Él/Ella entendió todos los términos y condiciones y reconoce su acuerdo y autorización a ello al firmar este documento en mi presencia.

Intérprete/Lector (Firma y Nombre en Letra de Molde)

Fecha

Notario Público:

Esta Delegación de Consentimiento deberá ser notariada solo si no ha sido firmada y atestiguada mientras estuvo presente en una clínica de TCP.

Declarado bajo juramento ante mí este _____ día de _____ 20_____

Notario Público

Fecha