



Denise Nakos, MD • Beatrice Wilder, MD • Charles C. Richards, MD

Noureen Husain, MD • Kunal Mitra, MD

AUTORIZACION PARA TRATAR A MENORES

Yo, \_\_\_\_\_,

(escriba con letras mayúsculas su nombre, primer apellido y segundo apellido)

Padre/Madre legal o Guardián legal del niño \_\_\_\_\_,

(escriba con letras mayúsculas su nombre, primer apellido y segundo apellido)

doy mi autorización a la siguiente persona para que pida tratamiento médico para mi hijo/a.

\_\_\_\_\_

(escriba con letras mayúsculas el nombre, primer apellido y segundo apellido del sustituto)

Certifico que el sustituto nombrado anteriormente que pide atención médica para mi hijo/a es un adulto de dieciocho (18) años.

***Esta autorización estará en vigor hasta que anule por escrito este permiso.***

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre/ Madre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Sustituto