

Autorización Para el Tratamiento de Menores

First Name

Middle Name / MI

Last Name

(Nosotros), el (los) abajo firmante (s) de (menor nombrado arriba), por la presente acepto cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado hospitalario que se considere conveniente y Se hará bajo la supervisión general o especial de cualquier médico y cirujano licenciado bajo la provisión de la Ley de Práctica de Medicina en el Personal Médico de Sanger Pediatrics, y dicho diagnóstico o tratamiento es prestado en la oficina de dicho médico o en un Hospital o un centro quirúrgico.

Se entiende que esta autorización se da con antelación a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o atención hospitalaria que se requiera, pero que se da para dar consentimiento específico a cualquiera y todos los diagnósticos, tratamientos o cuidados hospitalarios que el mencionado médico en el ejercicio de su mejor juicio Puede considerar conveniente.

**Autorización vigente hasta
que, a menos que sea
revocada por escrito:**

Firma del Padre/Tutor Legal:

Fecha
