



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

**AUTORIZACIÓN PARA QUE UN TERCERO PUEDA DAR SU CONSENTIMIENTO
AL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD**

Yo Soy El Padre o la Madre

El tutor

Otra persona que tiene la custodia legal _____
(describa la relación legal)

de (nombre del menor) _____, menor de edad.

Por medio del presente autorizo a (nombre del representante) , a actuar como mi representante y dar consentimiento para todo estudio de radiografías, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico y atención hospitalaria que sea recomendada por cualquier medico quien prestará supervisión general o especial del mismo, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se brinde en el consultorio del médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que se requiera, pero se otorga a fin de dar autoridad al representante nombrado anteriormente a dar consentimiento para todo y cualquiera de dichos diagnósticos, tratamientos u atención hospitalaria que recomiende un médico o dentista con licencia.

Esta autorización se otorga en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del Código de Familia.

Por medio del presente autorizo a todo hospital que brinde tratamiento al menor de edad nombrado anteriormente en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del Código de Familia a entregar la custodia física del menor al representante nombrado anteriormente al finalizar el tratamiento. Esta autorización se otorga en conformidad con el Artículo 1283 del Código de Salud y Seguridad.

Esta autorizacion tendrá vigencia hasta (mes y día) _____, del 20____ a menos que sea antes revocada por escrito entregada al representante nombrado anteriormente.

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____