



Where Your Healing Begins

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE MENORES

Si tu hijo necesita servicios médicos, dentales u hospitalarios, un padre debe dar permiso. Es la ley. ¿Y qué pasa con los momentos en los que no se puede contactar contigo para pedir permiso? Un niño puede ser tratado sin el consentimiento de los padres cuando un médico determina que existe una emergencia real. Eso significa que el médico determina que el niño necesita atención médica inmediata y que un intento de obtener el consentimiento parental supondría un retraso que aumentaría el riesgo para la vida o la salud del niño.

Excepto en una emergencia real, normalmente solo se presta atención a un menor con el consentimiento del padre o tutor legal. A veces, un niño puede necesitar cuidados inesperados que, sin embargo, no son una verdadera emergencia. En estos casos, intentar contactar con un padre para pedir permiso puede retrasar el tratamiento y crear momentos de ansiedad innecesaria para el niño.

Puedes prepararte para cuidados inesperados que tus hijos puedan necesitar cuando estés fuera de casa. Para ello, asegúrate de que las niñeras sepan cómo localizarte en todo momento. Y cuando sepas que serás difícil de alcanzar, puedes dar permiso a otros adultos. Luego pueden actuar en tu lugar permitiendo que tu hijo sea tratado si se necesita atención inesperada.

Este es un documento legal. Con él puedes nombrar a familiares, amigos, profesores, clérigos, vecinos, cualquier persona mayor de 18 años, para que se hagan responsables de tus hijos cuando estés lejos de ellos. Es especialmente importante preparar este formulario para las ocasiones en que sepas que será difícil contactar contigo.

Rellena este formulario y entrégalo al adulto(s) que hayas designado para que actúen en tu nombre. Si su hijo necesita tratamiento médico inesperado, el/los adulto(s) responsable(s) deben presentar este documento a la persona adecuada: médico, dentista o representante hospitalario

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE MENORES

Nombre de menor(es)	DATA de nacimiento	Alergias/ Condiciones especiales

Yo/Nosotros, siendo o(s) padre(s) o tutor(es) legal(es) de los menores(es) mencionados, nombramos por la presente a:

Nombre	Dirección	Teléfono #

Actuar en mi nombre autorizando cuidados médicos, dentales, quirúrgicos inesperados y hospitalización para los menores mencionados anteriormente durante el periodo de mi ausencia, de: _____

	Phone Number	Address	Business Hours
Livingston	936-327-1055	309 Hwy 59 S Loop	Monday - Friday: 8.00 AM - 5.00 PM
Cleveland	281-592-9775	108 S William Barnett Ave	Saturday - Sunday: Closed

Este documento deberá presentarse a un médico, dentista o representante hospitalario correspondiente en el momento en que se requiera atención médica, dental, quirúrgica o hospitalización inesperada.

Firma de la dirección

del padre o tutor

Firma de la dirección

del padre o tutor

Firma de la Dirección

del Testigo

Firma de la Dirección

del Testigo