

ANEXO A

FORMULARIO DE DELEGACIÓN PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo, _____, de la ciudad
(Nombre)

_____, condado _____ estado _____, por la presente declaro
que soy el padre/madre o tutor legal de _____,
(Nombre)

un menor de edad, nacido el _____ que reside conmigo en

(Calle) (Ciudad) (Estado)

Autorizo a las siguientes personas a llevar a dicho menor a citas médicas dentro del
Departamento de Pediatría y doy mi consentimiento para lo siguiente:

Nombre	Relación	Número de teléfono
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

- Vacunaciones
- Visitas de cuidado de niños sanos
- Cualquier examen, anestésico, diagnóstico médico, cirugía, tratamiento y/o atención hospitalaria que sea necesario rendir al menor antes mencionado bajo la supervisión general o directa y con el asesoramiento de cualquier médico o cirujano con licencia para ejercer la medicina en los estados donde se brindará la atención.

Este consentimiento expirará un año después de la fecha en que se firme este formulario, a menos que se especifique lo contrario a continuación. El consentimiento puede ser revocado, por escrito, por el tutor legal en cualquier momento.

Firma del padre/madre o tutor legal _____

Nombre en letra de imprenta del padre/madre o tutor legal _____

Doy mi consentimiento para el uso de este formulario para las siguientes fechas _____

Firma de un testigo adulto _____

Fecha de la firma _____