



Lakeland Medical Associates

Providing Care for the Entire Family Since 1995

Autorización Para El Tratamiento Médico de Menores

Yo, siendo el padre o guardián legal del menor mencionado anteriormente, por este medio nombro a la siguiente persona(s) para actuar en mi nombre en la autorización de atención médica inesperada o hospitalización para el menor mencionado durante el período de mi ausencia.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Esta autorización es válida hasta el acontecimiento más temprano de:

- 1.) el individuo (menor) alcanza la mayoría de edad
- 2.) el permiso es retirado por el padre/guardián
- 3.) o por la siguiente fecha específica (opcional): Mes: ____ Día: ____ Año: ____

Este documento debe ser presentado a un médico o representante apropiado en tal tiempo como la asistencia médica inesperada se puede requerir.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Relación al Menor: _____