



**Designación de padres o tutores legales para permitir que otra persona dé su consentimiento para recibir atención médica**

Yo (nosotros) designamos a las siguientes personas como mi (nuestro) apoderado(s) para tomar decisiones y dar consentimiento a la atención médica que no sea de emergencia para mis (nuestros) hijos enumerados a continuación. Tengo (tenemos) el derecho legal de delegar dicho consentimiento al apoderado a tomar decisiones, ya que es un adulto, legal y médica mente competente para tomar la autoridad así delegada. Se me informa que la información médica protegida del paciente puede ser compartida con el apoderado para facilitar la toma de decisiones informadas.

Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____

Información del adulto n.º 1:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

Información del adulto n.º 2:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

Información del adulto n.º 3:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

## **LIMITACIONES**

Este consentimiento será vigente hasta la fecha \_\_\_\_\_ puede ser cancelado por una de las personas que firma la autorización a continuación, o ser anulado por una de las razones que se enumeran a continuación.

En cuanto a los niños mencionados anteriormente, el Adulto estará autorizado a dar su consentimiento para:

Revisiones anuales: que pueden incluir exámenes físicos, herramientas de evaluación o detección, análisis de laboratorio, pruebas de rutina, evaluación del desarrollo, administración de medicamentos, consentimiento para las vacunas recomendadas, entre otros.

Visitas y citas de seguimiento a "enfermedades" agudas y crónicas, como revisiones de garganta o de oído, revisiones de medicamentos, administración de medicamentos, procedimientos menores, vacunas sin cita previa.

Visitas de examen de salud mental o conducta, como TDAH, depresión, ansiedad.

## **Cancelación o Anulación**

Entiendo que esta designación puede ser cancelado por cualquiera de los siguientes:

- a. Un parent puede anular una designación notificando al profesional de atención médica ya sea oralmente o por escrito, o mediante cualquier otro acto que evidencie una intención específica de cancelar la designación, o ejecutando una designación posterior.
- b. Si ambos padres han firmado esta designación y cualquiera de los padres la anula, la autoridad del designado queda cancelada.
- C. La persona designada debe notificar a todos los profesionales de atención médica correspondientes sobre cualquier cancelación de su autoridad.
- d. Si el parent que firmó una designación queda facultado o fallece, la designación se anula.

## **INFORMACIÓN DEL CONTACTO**

Si la naturaleza de la atención médica no es de rutina o se necesita un consentimiento informado adicional, intente comunicarse con respecto a la salud de mis hijos a los siguientes números de teléfono. Si por algún motivo no puede comunicarse, puede confiar en el apoderado que toma las decisiones para obtener su consentimiento. Si un tribunal ha ordenado que ambos padres deben estar de acuerdo sobre las decisiones de atención médica, ambos padres deben firmar esta designación, o en su efecto, el titular legal.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_