



Close to home. Care you can trust.

La autorización de tratamiento de menor

Yo, _____ siendo el padre o guardián legal de _____ doy consentimiento a CARE UNITED MEDICAL CENTER, los médicos y otro personal en su personal médico, para administrar tal cuidado, los procedimientos y el tratamiento que son creídos ncessary y en mejor interés del paciente. Siempre que el tratamiento médico o quirúrgico considerara necesario en la situación es de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de consultorio médico para el tipo particular depende de la herida o enfermedad, yo no impongo limitaciones o prohibiciones específicas con respecto a tratamiento de otra manera que éstos que siguen (sí ninguno, así que estado):

Nombre de escuela: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Yo entiendo que esta autorización es buena hasta el tiempo en que el menor mencionó encima cumpa sus 18 años de edad.

Nombre: _____ (relación al paciente) _____

Dirección: _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Firma: _____ fecha: _____

CARE UNITED REPRESENTATIVE: _____