

CHILDREN'S HEALTHCARE OF ATLANTA (Children's)
AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR

En mi ausencia, yo, _____, con derecho a la custodia legal de mi
(padre/madre/tutor legal)
niño, _____, cuya fecha de nacimiento es _____,
(nombre del niño) (mm/dd/aaaa)
autorizo a _____ a dar consentimiento a Children's Hospital(s) y/o a
(adulto que da el consentimiento)
centro(s) de atención ambulatoria para que den atención médica bajo la supervisión y consejo de
un médico licenciado u otro profesional de la salud.

Por favor, ponga sus iniciales frente a los puntos en los que usted desea que la persona mencionada
arriba dé consentimiento:

- _____ Exámenes médicos y tratamientos
- _____ Exámenes dentales y tratamientos
- _____ Exámenes quirúrgicos y tratamientos
- _____ Procedimientos de imagenología diagnóstica
- _____ Exámenes de laboratorio
- _____ Procedimientos de anestesia y/o sedación

Al firmar este formulario, acepto que la persona mencionada arriba dé consentimiento para mi niño
desde _____ (mm/dd/aaaa) hasta _____ (mm/dd/aaaa).

Este consentimiento puede ser retirado en cualquier momento por el padre/madre/tutor legal,
si se solicita por escrito.

(Firma del padre/madre/tutor legal)

(Fecha)

Nota especial: Para que esta autorización sea válida, se requiere la siguiente certificación del notario.

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGMENT OF NOTARY PUBLIC

Date _____ (Affix seal here)

State of _____ County of _____

On this date, _____ personally appeared before me _____.
(Signer) (Notary)

Please initial one of the following:

_____ Personally known to me **OR**

_____ Proved to me on this basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are
subscribed and acknowledged to me that he/she/they executed the Authorization for Consent to Medical
Treatment of Minor.