



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

A Quien Corresponda:

Como pariente / guardián, yo autorizo el tratamiento de primeros auxilios /médico para mi hijo(a) en el caso eventual de una emergencia que pone en peligro su vida, causaría desfiguración, discapacidad física, o incomodidad excesiva si no es atendido oportunamente. Se entiende que harán esfuerzos para contactarme en cuanto sea razonablemente posible.

Nombre de hijo(a): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Razón del Consentimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio del niño(a): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_

Número del Celular: \_\_\_\_\_

Médico de la Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Lista de alergias, medicamentos, contactos, u otros comentarios pertinentes:

---

---

---

Datos del Seguro de Salud:

Compañía: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_ Contrato: \_\_\_\_\_

Este formulario de consentimiento es completado y firmado de mi propia libre voluntad con el único propósito de autorizar tratamiento médico bajo circunstancias de emergencia en mi ausencia.

Yo certifico que soy (marque el apropiado) \_\_\_\_\_ padre o madre con custodia legal \_\_\_\_\_ guardián legal del niño(a) menor de edad nombrado arriba, y estoy de acuerdo con los términos para mí y para mi hijo que se mencionan arriba.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmada: \_\_\_\_\_

(Pariente o Guardián)