



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A NIÑOS MENORES DE EDAD

(Por favor escribe toda la información)

ACMC sugiere que los padres de familia con niños menores de edad completen esta forma de "Consentimiento-para tratar a menores". La forma da permiso legal para tratar a su niño/a en caso de una lesión o enfermedad por si usted no puede acompañarlo.

La ley requiere que ACMC reciba un permiso de parte del padre/madre o guardian legal del niño/a antes de que pueda ser tratado por una lesión o enfermedad que no sea amenazante a su vida. Si esta forma no viene junto con la persona que trae a su niño/a a su cita, se debe contactar al padre/madre o guardián legal antes de poder tratarlo.

Este consentimiento permanecerá en el expediente medico de su niño/a por un periodo de 24 meses de la fecha firmada, a menos que se cancele por escrito. Si desea cambiar la autorización en cualquier momento, favor de contactar nuestro Departamento Informativo de Salud.

Yo, \_\_\_\_\_, padre/madre o guardián legal de \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_ por la presente consiento cualquier tipo de cuidado medico y la administración de anestesia según sea determinado por un doctor que sea necesario para el bienestar de mi niño/a mientras dicho niño/a este en el cuidado de:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Esta autorización es efectiva del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha