

# Garland Pediatric Practice

## Autorizacion para Consentimiento Medico

Soy el padre/ tutor legal de:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- No autorizo a ninguna otra persona dar consentimiento del cuidado medico de mi(s) hijo(s)
- Si autorizo a las siguientes personas dar consentimiento del cuidado medico de mi(s) hijo(s):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Esta autorizacion permite a las personas mencionadas anteriormente dar  
consentimiento sobre: Atencion Medica Laboratorios Vacunas Inyecciones Antibioticas  
Prescripciones

Esta autorizacion permanecera vigente hasta que sea revocada por escrito por mi. Por la  
presente certifico que tengo la autoridad legal para delegar mi autoridad en el consentimiento  
para el cuidado y que ningun acuerdo legal me impide delegar autoridad.

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

Relacion al paciente(s): Madre Padre Tutor Legal