



**AUTORIZACIÓN PARA QUE UN MENOR DE EDAD ESTÉ ACOMPAÑADO POR ALGUIEN DIFERENTE A SUS PADRES**

Yo, el abajo firmante, padre o guardián legal de:

\_\_\_\_\_  
Nombre del menor Fecha de nacimiento del menor

por medio de la presente autorizo a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

a actuar como representante del firmante para dar autorización a Salud Family Health Centers, a sus clínicas asociadas o entidades contratadas, proveedores y personal de Salud, para proporcionar servicios de atención médica, dental y de salud mental al menor de edad durante el año que viene.

Se entiende que esta es una autorización limitada que ha sido dada antes de cualquier diagnóstico, tratamiento específico o asistencia médica que se requiera, pero que se ha dado para darle a dicho representante la autoridad y el poder de dar consentimiento específico para cualquier tratamiento médico, dental, y de salud mental que un proveedor de Salud, haciendo uso su mejor criterio, estime conveniente.

Esta autorización limitada le permite a Salud compartir la información médica del menor mencionado anteriormente, con el representante designado en cuanto sea necesario para permitir que el representante tome una decisión informada en relación con el tratamiento del menor.

Esta autorización limitada será efectiva hasta el \_\_\_\_\_ a menos que sea revocada, por escrito, antes de esta fecha por el padre o guardián o hasta que el menor de edad cumpla los 18 años.

En cualquier caso, la autoridad otorgada en este documento no será válida por más de 12 meses a partir de la fecha de este documento firmado a continuación. Reconozco la responsabilidad de todos los pagos en relación con la atención y tratamiento durante el período antes mencionado.

Historia médica relevante del menor:

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián legal Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (miembro del personal de Salud) Fecha