

**Por otra autorización para otorgar su consentimiento al tratamiento de los niños**

Como padre o tutor legal de los hijos siguientes:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Autorizo a \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Que tenga 18 años o más de edad, a dar su consentimiento para cualquier tratamiento médico o quirúrgico de los niños anteriormente cuando dicha persona considere convenientes, padre o tutor legal no puede razonablemente ser localizado cuando los niños son llevados para su tratamiento. **La mencionada autorización será efectiva a partir de \_\_\_\_\_ y expiran después de 6 meses.** Durante este período, los padres o los tutores legales del niño anterior será en la siguiente ubicación(s):

Firma \_\_\_\_\_

Los padres/tutores

Padre/madre/tutor Teléfono # \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador # \_\_\_\_\_

**¿Es bien firmar para inmunizaciones?   Sí    No**

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Enfermedad crónica o alergias \_\_\_\_\_

La medicación actual \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Enfermedad crónica o alergias \_\_\_\_\_

La medicación actual \_\_\_\_\_