

## FORMAS DE CONSENTIMIENTO

### CONSENTIMIENTO PARA: TRATAMIENTO DE EMERGENCIA/ MÉDICOS QUIRÚRGICO E INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Al presentar a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad para  
 hijo  hija

Diagnosis y tratamiento Yo, \_\_\_\_\_ por medio  
 madre  padre  guardián legal

de la presente consiento a que se le proporcione el cuidado, incluyendo procedimientos de diagnóstico, tratamientos médicos y quirúrgicos y transfusiones de sangre por miembros autorizados del personal del hospital o a quien ellos hayan designado, como sea necesario de acuerdo a su juicio profesional.

Acepto que no se me han hecho garantías al efecto de los exámenes o tratamientos de la condición de mi niño. He leído esta forma, y certifico que entiendo su contenido.

Por medio de la presente doy me consentimiento a: \_\_\_\_\_  
[nombre de la persona/agencia]

quien cuida de mi niño(a) \_\_\_\_\_ durante el período de  
[nombre del niño]

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ para solicitar cuidado de emergencia médico/dental y si  
tratamiento su fuera necesario para preservar la salud de mi niño(a).

Reconozco ser responsable por todos los gastos razonables en conexión con el tratamiento y cuidado proporcionado durante este período.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 madre  padre  guardián legal

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

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Médico familiar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cirujano: \_\_\_\_\_

Compañía seguros: \_\_\_\_\_ Ortopedista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alergias del niño(a) si las tiene: \_\_\_\_\_

Grupo#: \_\_\_\_\_

Acuerdo #: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima vacuna del tétano: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, PUEDO SER  
LOCALIZADO EN:**

\_\_\_\_\_ Medicamentos que esta recibiendo el niño(a): \_\_\_\_\_