



DR. MARIA CASTRO, MD FAAP

500 HOLLY SPRINGS RD STE 101

HOLLY SPRINGS, NC 27540

Teléfono: 919-762-5113 Fax: 919-762-5130

### Autorización: Consentimiento de Salud de Menores

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

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

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ condado de Carolina del Norte, soy  
Padre/Madre/Guardián condado de residencia

estoy a cargo de la custodia legal de \_\_\_\_\_.

Nombre de paciente(s)

En mi ausencia, yo doy permiso de tomar decisiones y/u obtener información sobre la salud de mi hijo/a a la/s siguiente/s persona/s. Estas responsabilidades incluyen pero no están limitadas a: [1] el poder de proveer dicho cuidado en cualquier hospital o institución, o donde cualquier doctor/a, dentista, enfermero/a o cualquier otra persona que sus servicios sean solicitados para dicho cuidado y [2] consentimiento de autorizar cualquier tipo de cuidado de salud, incluyendo: administración de anestesia, examinación de rayos X, operaciones, y otro tipo de procedimiento realizado por un médico, dentista, y otro personal médico, con excepción de retiro o mantenimiento de soporte vital.

#### Las personas en la siguiente lista son autorizadas y tienen mi permiso:

Nombre/Relación con el paciente/teléfono \_\_\_\_\_

Nombre/Relación con el paciente/teléfono \_\_\_\_\_

Nombre/Relación con el paciente/teléfono \_\_\_\_\_

Nombre/Relación con el paciente/teléfono \_\_\_\_\_

Este consentimiento firmado debe ser efectivo a partir de la fecha de mi firma, si algún cambio necesita ser efectuado, en ese momento, yo debería actualizar la información proveída con otro consentimiento firmado.

Con mi firma, yo afirmo que he entendido y he tenido la capacidad de comunicar mis decisiones de salud sobre menores. He sido completamente informado/a sobre el contenido de este documento, y entiendo la importancia de este poder dado a los agentes designados en este documento. Además, yo puedo decidir hacer cambios o actualizar esta forma en cualquier momento.

**Así mismo entiendo y estoy al tanto que un adulto responsable tiene que estar siempre presente con el paciente/s en todo momento de la cita, desde el momento de admisión hasta la hora de salida. También tenga en cuenta que no autorización verbal por teléfono o vía email será aceptada.**

Padre/guardián: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Madre/guardián: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

\*\*El testigo no debe ser una de las personas designadas en este documento, y debe tener 18 años de edad o mayor.