**Consentimiento para Tratar**

(Para **cuidadores de niños menores de edad que NO SON PADRES** cuando uno de los padres no está presente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño Fecha de nacimiento

Cuando yo, el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, no estoy presente,

autorizar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al niño y un

Nombre del adulto que es el **NO PADRE**  (abuelo, tía, niñera, etc.)

a quien autoriza a dar su consentimiento para tratar

cuidador de este niño, para dar su consentimiento a cualquier servicio auxiliar, anestésico, diagnóstico médico o dental,

inmunización, inyecciones o tratamiento; y/o atención hospitalaria que se le brindará a dicho niño, cuando dichos servicios

son recomendados y supervisados por Eastern Plumas Health Care.

Este consentimiento se otorga de conformidad con las disposiciones de la Sección 6910 del Código de Familia

Entiendo que, a pesar de este consentimiento, Eastern Plumas Health Care, a su entera discreción, **puede decidir no**

**para actuar de acuerdo con este consentimiento** y, en cambio, requerir mi presencia durante el tratamiento o cuidado de mi hijo.

También entiendo que **soy financieramente responsable de cualquier copago y cargo** no cubierto por mi

seguro en el que se incurra como resultado de este consentimiento para el tratamiento y la atención.

A menos que se revoque antes por escrito, este consentimiento permanece vigente hasta que mi hijo sea

\_\_ 18 años o \_\_ hasta el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de los padres o tutores legales Firma de los padres o tutores legales Fecha

Padre/tutor

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

Padre/tutor

Empleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro(s) número(s) de teléfono en el que se puede contactar al padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias conocidas de los niños: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros problemas de salud importantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la vacuna contra el tétanos más reciente del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos que se administran actualmente a los niños: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en ocuparme y puedo dar mi consentimiento para la atención médica/dental del niño mencionado anteriormente, según lo dispuesto en este forma.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del cuidador**  NO PADRES Fecha Dirección  **y teléfono de los cuidadores** NO PADRES