



MERITUS HEALTH

Consentimiento temporal para el tratamiento de un menor de edad

A menos que se trate de emergencias que pongan en peligro la vida o de las excepciones enumeradas de conformidad con el Cód. Anotado de MD, salud-gral., § 20-102 y 20-104, la ley prohíbe a los hospitales y otros proveedores de atención médica prestar tratamiento o cualquier tipo de atención médica a su hijo menor de edad, a menos que le acompañe uno de sus padres, tutores legales o un adulto designado.

Nombre del paciente menor de edad: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **MRN:** _____

De: _____
Nombres de los padres o tutores legales

Dirección completa y número de teléfono de los padres o tutores legales

A: _____
Nombres de los adultos responsables del niño menor de edad

Dirección completa y número de teléfono de los adultos responsables del niño menor de edad

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del (de los) niño(s) incluido(s) en este consentimiento temporal para el tratamiento. Certifico que la(s) persona(s) arriba mencionada(s) son mayores de 18 años a partir de la fecha de hoy y tienen la capacidad para dar consentimiento para atención médica.

Autorizo a la(s) persona(s) arriba mencionada(s) a llevar a mi(s) hijo(s) a sus citas médicas, con autorización total para tomar decisiones y dar su consentimiento respecto a cualquier diagnóstico y tratamiento médico, incluso en casos que no constituyan emergencias que pongan en peligro la vida, tales como medicamentos, vacunas, procedimientos, hospitalización y cirugía, que él/ella considere mejor para la salud y el bienestar del (de los) niño(s) menor(es) de edad.

VENCIMIENTO

Este consentimiento temporal tendrá vigencia entre el _____ y el _____
(no más de un año a partir de la fecha de la firma).

Firmado el: _____ de _____, de 20 _____

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Fecha

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Fecha



3 6 1 9