

AUTHORIZATION TO CONSENT TO HEALTH CARE FOR MINOR

I, _____, am the parent/ legal guardian of
_____, a minor child, born on _____.

I authorize _____ relationship to child _____,
to do any acts which may be necessary or proper to provide for the health care of the minor child,
including, but not limited to, Sports Physical, School Health Physical, Immunization or
Laboratory services.

Optional: This consent shall be effective from the date of execution to and including
_____.

By signing here, I indicate that I have the understanding and capacity to communicate health care
decisions and that I am fully informed as to the contents of the document and understand the full
importance of this grant of powers to the agent named herein.

Signature

Date

Witness

Date

AUTORIZACIÓN PARA DAR CONSENTIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA PARA MENORES

Yo, _____, soy el padre/madre/guardián legal de _____, un niño/a menor de edad, nacido en _____.

Yo autorizo a _____ relación al menor _____.

Para hacer cualquier acto que pueda ser necesario o adecuado para proporcionar la atención medica del menor, incluyendo pero sin limitación a, exámenes deportivos, exámenes escolares, inmunización, o servicios de laboratorios.

Opcional: Este consentimiento entrara a vigor a partir de la fecha de ejecución e incluirá _____.

Al firmar aquí, yo indico que yo tengo la capacidad para entender y comunicar decisiones de salud y que yo estoy plenamente informada/o a los contenidos del documento y entiendo la importancia completa de este otorgamiento de poderes al agente nombrado aquí.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha