

# Authorization for Third Party to Consent to Treatment of Minor Lacking Capacity to Consent

---

I am the  Parent  
 Guardian  
 Other person having legal custody \_\_\_\_\_  
(describe legal relationship)

of (name of minor) \_\_\_\_\_, a minor.

I hereby authorize (name of agent) \_\_\_\_\_, to act as my agent to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment, and hospital care which is recommended by, and to be rendered under the general or special supervision of, any licensed doctor or dentist, whether such diagnosis or treatment is rendered at the doctor's office or at a hospital.

I understand that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or hospital care being required, but is given to provide authority to the above-named agent to give consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed doctor or dentist recommends.

This authorization is given pursuant to the provisions of Family Code Section 6910.

I hereby authorize any hospital providing treatment to the above-named minor pursuant to the provisions of Family Code Section 6910 to surrender physical custody of the minor to the above-named agent upon the completion of treatment. This authorization is given pursuant to Health and Safety Code Section 1283.

These authorizations shall remain effective until (month and day) \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, unless sooner revoked in writing delivered to the agent named above.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_

(over)



# Autorización para que un Tercero Pueda dar su Consentimiento al Tratamiento de un Menor de Edad

---

Yo soy  El padre o la madre  
 El tutor  
 Otra persona que tiene la custodia legal \_\_\_\_\_  
(describa la relación legal)

de (nombre del menor) \_\_\_\_\_, menor de edad.

Por medio del presente autorizo a (nombre del representante) \_\_\_\_\_, a actuar como mi representante y dar consentimiento para todo estudio de radiografías, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria que sea recomendada por cualquier médico o dentista con licencia quien prestará supervisión general o especial del mismo, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se brinde en el consultorio del médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que se requiera, pero se otorga a fin de dar autoridad al representante nombrado anteriormente a dar consentimiento para todo y cualquiera de dichos diagnósticos, tratamientos u atención hospitalaria que recomiende un médico o dentista con licencia.

Esta autorización se otorga en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del Código de Familia.

Por medio del presente autorizo a todo hospital que brinde tratamiento al menor de edad nombrado anteriormente en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del Código de Familia a entregar la custodia física del menor al representante nombrado anteriormente al finalizar el tratamiento. Esta autorización se otorga en conformidad con el Artículo 1283 del Código de Salud y Seguridad.

Estas autorizaciones tendrán vigencia hasta (mes y día) \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_ a menos que sea antes revocada por escrito entregada al representante nombrado anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

(sobre)

### Información Médica Pertinente

Nombre del menor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos o alimentos: \_\_\_\_\_

Padecimientos por los cuales el menor está recibiendo tratamiento: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Restricciones de las actividades: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria (*nombre y teléfono*): \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Dirección de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfonos de la madre: \_\_\_\_\_  
*(trabajo) (casa) (otro)*

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección del padre: \_\_\_\_\_

Teléfonos del padre: \_\_\_\_\_  
*(trabajo) (casa) (otro)*