

Authorization for Release of a Minor

I, *(insert name)* _____, the

- ☐ parent
☐ guardian
☐ legally authorized caregiver

of *(child's name)* _____, authorize
(hospital name) _____ to release my child to:

(name)

(area code and telephone number)

(address)

(city, state, zip)

I retain all parental rights to his/her custody and control. This authorization authorizes only the release of my child from the hospital to the person named above.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(parent/guardian/caregiver)

Print name: _____
(parent/guardian/caregiver)

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Autorización Para la Entrega de un Menor

Yo, (nombre) _____, el

- ☐ padre/madre
☐ tutor
☐ proveedor de atención debidamente autorizado

de (nombre del menor) _____, autorizo
a (nombre del hospital) _____ a que
haga entrega de mi hijo o hija:

(nombre)

(número de teléfono)

(dirección)

(ciudad, estado, código postal)

Retengo todos los derechos paternos/maternos respecto a su custodia y control. La presente autorización únicamente autoriza al hospital a hacer entrega de mi hijo o hija a la persona arriba mencionada.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(padre/madre/tutor legal/proveedor de atención)

Nombre en letra de imprenta: _____
(padre/madre/tutor legal/proveedor de atención)

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)