

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)

Medically Relevant Information

Minor's Name: _____

Minor's date of birth: _____

Allergies to drugs or food: _____

Conditions for which minor is currently being treated: _____

Current medications: _____

Restrictions on activity: _____

Primary care physician (*name and telephone number*): _____

Insurance Company: _____

Mother's name: _____

Mother's address: _____

Mother's telephone numbers: _____
(work) (home) (other)

Father's name: _____

Father's address: _____

Father's telephone numbers: _____
(work) (home) (other)

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

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)

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