



**AUTORIZACIÓN PARA QUE UN TERCERO DÉ EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR QUE NO POSEE LA CAPACIDAD LEGAL PARA OTORGAR SU CONSENTIMIENTO**

Soy \_\_\_\_\_  el padre/la madre  
\_\_\_\_\_  el tutor  
\_\_\_\_\_  otra persona que tiene la custodia legal \_\_\_\_\_  
(describa la relación legal)

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

Por el presente autorizo a las siguientes personas a actuar como mis representantes para dar el consentimiento a fin de realizar exámenes radiológicos, administrar anestesia, hacer diagnósticos quirúrgicos u odontológicos, aplicar vacunas, administrar tratamientos y brindar atención hospitalaria, cuando tales servicios los recomiende un médico con licencia y se brinden bajo su supervisión general o especial, independientemente de que el diagnóstico o tratamiento se realice en el consultorio del médico o en un hospital.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización se da con anterioridad a cualquier diagnóstico, tratamiento o servicio de atención hospitalaria específico que fuese necesario, y se extiende a fin otorgarle facultades al representante antes mencionado para dar su consentimiento para el diagnóstico, tratamiento o servicio de atención hospitalaria que recomiende un médico o dentista con licencia.

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