

# CONSENTIMIENTO DE PARENTAL PARA LA EMERGENCIA MEDICA/EL TRATAMIENTO QUIRURGICO Y FORMA MEDICA DE INFORMACION

A presentar a mi (nuestro) niño para el diagnostico y el tratamiento

Nombre: \_\_\_\_\_  
Hijo ( ) Hija( )

Nacido: \_\_\_\_\_ ; Yo/Nosotros Padres/Guardian Legal

Nombre: \_\_\_\_\_  
Madre ( ) Padre ( ) Guardian Legal ( )

Por la presente voluntariamente el consentimiento a la interpretacion de tal cuidado y el tratamiento medico, transfusion inclusivo diagnostico de procedimientos y sangre, por el personal autorizado de miembros del personal del hospital, como se puede en su juicio profesional es necesario o en el major interes de mi nino.

Yo por la presente reconozco que ningunas garantias han sido hechas a mi en cuanto al efecto de tales exámenes ni el tratamiento en la condicion del niño.

He leído esta forma y yo certifico que entiendo su contenido.

Ademas yo/nosotros por la presente damos mi (nuestro) consentimiento a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de Persona/La Agencia)

que estara cuidando a mi (nuestro) hijo/hija,

por el periodo \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
arreglar para la rutina o la emergencia medicas/el cuidado y el tratamiento dentales necesarios preservar la salud de mi (nuestro) niño.

Yo/Nosotros reconocemos que soy (somos) responsable de todas cargas razonables con respecto al cuidado y el tratamiento rendidos durante este periodo.

Firma: \_\_\_\_\_  
Madre ( ) Padre ( ) Guardian Legal ( )

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

Testigo: \_\_\_\_\_

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

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospital preferencia: \_\_\_\_\_  
(si estable)

## Informacion del Padre

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

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

## Informacion de Seguro

Nombre del Portado: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

## Informacion de Medico

Paediatrician: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Medico de Familia: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Cirujano: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

## Problemas Medicas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

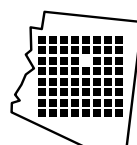
Medicinas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Fecha del Ultimo Tetano: \_\_\_\_\_

Esta forma se ha desarrollado y ha sido aprobada por el Capitulo de Arizona del Colegio Americano de Medicos de Emergencia. Los pedidos para copias y comentarios adicionales pueden ser adelantados a la direccion en el derecho.



**Arizona College of Emergency Physicians**  
**810 W. Bethany Home Road, #110**  
**Phoenix, Arizona 85013**