

Permiso para tratar a un menor en ausencia de los padres/del tutor

Yo, _____ soy el/la tutor(a) legal de _____, el/la menor cuya, fecha de nacimiento _____. Yo doy (favor de marcar una de las siguientes opciones):

Marque UNA OPCIÓN

- € Permiso para que mi hijo(a) (que tiene por lo menos 14 años de edad) reciba tratamiento **en La Clínica Medica Móvil**, se someta a procedimientos menores y extracciones de sangre, reciba vacunas o inyecciones y/o se someta a procedimientos dentales (como empastes, extracciones, coronas, limpiezas) en mi ausencia. Además, doy permiso a mi hijo(a) a retirarse de la escuela con el fin de asistir a su cita. Entiendo que recibiré comunicación sobre su plan de tratamiento o recomendaciones mediante un plan escrito de pacientes a ser enviado a casa con él/ella.
- € Permiso a _____ (persona designada) para que acompañe al (a la) niño(a) mencionado(a) arriba y permita que este(a) niño(a) reciba tratamiento, se someta a procedimientos menores y extracciones de sangre, reciba vacunas o inyecciones y/o se someta a procedimientos dentales (como empastes, extracciones, coronas, limpiezas) en mi ausencia **hasta que yo reboce permiso**.
- € Permiso a _____ (persona designada) para que acompañe al (a la) niño(a) mencionado(a) arriba y permita que este(a) niño(a) reciba tratamiento, se someta a procedimientos menores y extracciones de sangre, reciba vacunas o inyecciones y/o se someta a procedimientos dentales (como empastes, extracciones, coronas, limpiezas) en mi ausencia **el siguiente día solamente**.

Marque UNA OPCIÓN

€ Esta autorización tiene vigencia a partir del día ____ de _____ de 20____ y finaliza el día ____ de _____ de 20____.

€ Esta autorización seguirá en efecto a menos que se rescinda por escrito

Nombre del padre/la madre o el tutor legal: _____

Firmado: _____

Fecha: _____

Dos testigos O notario público

Testigo: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Notario

Estado de Arizona

Condado de _____

Suscrito y juramentado (o ratificado) en mi presencia a los ____ días del mes de _____ del año 20____.

Notario Público

Nombramiento válido hasta el: