



**Sin Parentesco y Consentimiento para Cuidado Tratamiento Medico/Quirurgico**

Yo, \_\_\_\_\_ padre/tutor legal del(os) nino(s) nombrados posteriorment doy mi consentimiento y autorizacion a la(s) persona(s) nombrado(s) que consientan para el cuidado y tratamiento medico/quirurgico de mi(s) hijo(s). Yo autorizo que la(s) persona(s) aqui nombrada(s) tiene(n) permiso de los padres naturales de firmar cualquier tratamiento medico/quirurgico necesario para el bienestar de mi(s) hijo(s).

Yo, con este documento, tengo la autorizacion y consentimiento para todo cuidado medico/quirurgico de el(los) nino(s) aqui nombrados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, o el representante del paciente legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nino(s):**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

**Persona(s) autorizada(s):**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date