



{SOLO PARA MENORES DE EDAD} : Autorización para que otro adulto tome decisiones sobre el cuidado de la salud de mi hijo

Yo/Nosotros, _____ y _____

soy/somos los

☐ padre(s) (tutor(es) natural(es), ☐ custodio(s) legal(es), ☐ Tutor(es) legal(es) De:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Según la ley de Florida (s.765.2035 y s.744.301(1)), permito/permitimos que la siguiente persona tome decisiones médicas, dentales y de salud conductual para mi/nuestro hijo si yo/nosotros no estamos disponibles:

Persona(s) Autorizada(s) Principal(es):

Nombre	Dirección	Número de teléfono

Persona autorizada(s) de respaldo (si la persona principal no está disponible):

Nombre	Dirección	Número de teléfono

¿Qué significa esto?

- Yo/Nosotros autorizamos a Heart of Florida Health Centers (HFHC) a seguir las instrucciones de la(s) persona(s) mencionada(s) arriba para la atención médica de mi hijo, incluyendo medicamentos, tratamientos y procedimientos.
- Estas personas pueden tomar decisiones sobre la salud de mi hijo, pedir ayuda con beneficios para pagar la atención y autorizar traslados al hospital o clínica si es necesario.
- Entiendo que HFHC no se hace responsable por las decisiones que tome(n) esta(s) persona(s).
- Yo/Nosotros podemos cancelar este permiso en cualquier momento, por escrito.

Quién puede llevar a mi hijo para recibir atención médica:

Según la ley de Florida, padrastros, abuelos, hermanos adultos, tíos o tías pueden llevar a un niño a recibir atención médica sin un permiso especial

☐ **NO quiero que esto se aplique. Solo las personas que escribí en las tablas anteriores pueden llevar a mi hijo para que lo atiendan.**

Nombre: _____

Relación con el paciente:

Fecha: _____

Firma: _____

☐ Paciente

☐ Custodio Legal

☐ Padre

☐ Tutor legal

____/____/____