

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Permiso para que otro adulto cuide y tome decisiones médicas por mi hijo/a en mi ausencia

Yo/Nosotros, _____ y _____,
somos/somos el/los Padre(s)/Tutor(es) Natural(es) Tutor(es) Legal(es) Custodio(s) legal(es) de:

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Según la ley de Florida (art. 765.2035 y art. 744.301(1)), yo/nosotros autorizamos a la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación a tomar decisiones médicas, dentales y de salud conductual para mí/nuestro hijo si no estamos disponibles.

Por favor, indique los nombres de los adultos que autoriza para traer al menor a sus citas o tomar decisiones sobre su atención médica (por ejemplo, padres, abuelos u otros cuidadores).

Persona(s) autorizada(s) principal(es)

Nombre	Dirección	Número de teléfono

Persona(s) autorizada(s) adicional(es)

Nombre	Dirección	Número de teléfono

Lo que significa esta autorización

Al firmar a continuación, entendemos y aceptamos que:

- Heart of Florida Health Centers (HFHC) puede seguir las instrucciones de la(s) persona(s) autorizada(s) mencionadas anteriormente sobre mi atención o la de nuestro hijo(a).
- Estas personas pueden autorizar tratamientos médicos, dentales y de salud conductual, medicamentos, pruebas y procedimientos.
- También pueden ayudar a solicitar beneficios para el pago de la atención y aprobar referidos o traslados si es necesario.
- HFHC no es responsable de las decisiones que tomen las personas autorizadas.
- Esta autorización puede cancelarse en cualquier momento mediante aviso por escrito a HFHC.

Llevar a un niño al cuidado (Florida Law)

Según la ley de Florida, ciertos familiares (como padrastros, abuelos, hermanos adultos, tías o tíos) pueden llevar a un menor a recibir atención médica sin autorización previa por escrito.

NO quiero que esto aplique. Solo las personas mencionadas arriba pueden traer a mi hijo(a) a sus citas médicas, a menos que yo entregue una autorización por escrito.

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: Paciente Padre/Madre Guardian Legal Custodio Legal

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / ___