

**AUTORIZACION DE TERCERA PERSONA PARA PERMITIR EL TRATAMIENTO DE UN MENOR SIN CAPACIDAD DE DAR CONSENTIMIENTO**

(Yo) (nosotros), los abajo firmantes, padre(s)/personas con custodia legal/tutores legales de \_\_\_\_\_, un menor de edad, autorizamos a \_\_\_\_\_ anestesia, diagnóstico tratamiento médico o quirúrgico, y hospitalización que sea necesaria y que se proporcionará bajo la supervisión general o especial de, cualquier médico o cirujano con licenciatura bajo las provisiones del Acta Médica de cualquier hospital, sin importar si dicho diagnóstico o tratamiento, es proporcionado en la oficina de dicho médico o dicho hospital.

Es entendido que esta autorización se a firmado antes de haber recibido diagnóstico o tratamiento específico u hospitalización que sea necesaria, pero se a dao para autorizar a los agentes anteriormente mencionados y permitirles autorización para todos o cualquier diagnóstico tratamiento, u hospitalización que un médico, llenando los requisitos necesarios juzgue conveniente.

Esta autorización es concedida de acuerdo a las disposiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California.

(Yo)/(Nosotros) por la presente autorizamos a cualquier hospital que ha proporcionado tratamiento al menor anteriormente mencionado de acuerdo a las disposiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California de entregar custodia física de este menor a (mi)/(nuestros) agentes anteriormente mencionados después del término del tratamiento. Esta autorización es concedida de acuerdo a la sección 1283 del Código Civil de Salud y Seguridad de California.

Estas autorizaciones se mantendrán en efecto hasta el \_\_\_\_\_ y 20\_\_\_\_\_, a menos que se cancelen por escrito y se entreguen antes de la fecha mencionada a dichos agentes.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor Legal/Persona con  
Custodia Legal (marque el parentesco)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre