

PERMISO PARA TRATAR A LOS MENORES DE EDAD

En el caso de que los padres/tutores (que han firmado abajo) de _____
(nombre del niño/a) no pueden ser contactados por las esfuerzos razonables, estos
padres/tutores le/s dan a:

_____ NOMBRE	_____ DIRECCIÓN	_____ NÚMERO DE TELÉFONO
_____ NOMBRE	_____ DIRECCIÓN	_____ NÚMERO DE TELÉFONO
_____ NOMBRE	_____ DIRECCIÓN	_____ NÚMERO DE TELÉFONO

permiso para cualquier radiografía, examen, anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o cuidado en el hospital, prestado bajo la supervisión general o especial y por el consejo de cualquier médico o cirujano autorizado para ejercer la medicina en el estado de Carolina del Norte, cuando la necesidad para tal tratamiento es inmediato, y cuando se fracasan los esfuerzos para contactarme (o nosotros).

Esta autorización va a ser válida hasta una revocación escrita es presentada a Chapel Hill Children's Clinic. Por el presente testamento, yo indemnizo y dejar inofensivo el médico, hospital, y cualesquiera otras personas quienes se comportan según esta autorización.

Realizado este _____ día de _____ 20____ .

Padre/Tutor

INFORMACIÓN PARA CONTACTAR LOS PADRES O LOS TUTORES:

_____ NOMBRE	_____ NÚMERO DE TELÉFONO	_____ OTRO NÚMERO DE TELÉFONO
_____ NOMBRE	_____ NÚMERO DE TELÉFONO	_____ OTRO NÚMERO DE TELÉFONO

PERMISO PARA TRATAR A LOS MENORES DE EDAD

Usted está preparándose para ir de unas vacaciones bien merecidas. Sus amigos o padres van a cuidar a sus niños/as durante su ausencia. Usted tiene las maletas hechas, los niños/as están muy entusiasmados para quedarse con los amigos o padres de usted, y usted les ha dado los números de teléfono en el caso de una emergencia. Pero hay un detalle muy importante que usted quizá se ha olvidado...

Durante su ausencia, su niño/a puede sufrir una enfermedad o una herida que requiere atención médica. Para asegurar que su niño/a recibirá dicha atención de una manera fácil y rápida, usted debe llenar un formulario que se llama "Permiso Para Tratar a los Menores de Edad" antes de que usted se vaya. Este formulario le da al amigo o al pariente el derecho de autorizar el tratamiento médico. En el caso de una emergencia, su niño/a recibirá el tratamiento automáticamente. Por supuesto, intentaremos llamarle o ponernos en contacto con usted lo más pronto posible, pero puede ser difícil si usted no está cerca de un teléfono o si no tiene recepción en su teléfono móvil.

En general, los menores de edad no pueden consentir al tratamiento. Por eso, salvo las situaciones especiales, por ejemplo, el tratamiento durante una emergencia o la emancipación del niño/a, un médico necesita obtener el consentimiento de los padres o los tutores para tratar a un menor de edad. En el caso de una emergencia médica, cuando un niño/a requiere tratamiento inmediato para salvar la vida o para prevenir daño a la salud, el tratamiento puede ocurrir sin el consentimiento de los padres.

Por favor, llene este formulario para que podamos saber si usted dio permiso a la persona designada para hacer las decisiones médicas durante su ausencia.

MIRE AL REVERSO →