

# Consentimiento del menor/niño

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre, tutor o representante personal de:

\_\_\_\_\_  
El nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del niño

No existen órdenes judiciales que me prohíban firmar este consentimiento. Por la presente solicito y autorizo al proveedor de atención médica y al personal del consultorio a realizar los servicios necesarios para el niño mencionado anteriormente, incluidos (entre otros) laboratorios y tratamientos, que el proveedor de atención médica y el personal del consultorio consideren aconsejables. Asumiré toda la responsabilidad por el pago de los servicios prestados. En mi ausencia, autorizo a las siguientes personas a actuar en mi nombre:

Por encima del niño

Abuela/Abuelo \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Tía/Tío \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Amiga/Amigo \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Otra/Otro \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del padre, tutor o representante personal

---

Este formulario es válido por un (1) año a partir de la fecha anterior. Será necesario actualizarlo anualmente a menos que cambien los nombres enumerados. Si alguien que no sea uno de los padres o alguien en la lista trae a un paciente sin un formulario actualizado en el archivo, los padres deberán reprogramar la cita hasta que una persona adecuada pueda traer al niño para recibir tratamiento.