



### Designación de Otra Persona para Autorizar la Atención Médica de Menores

Si yo, (padre/madre/tutor legal) \_\_\_\_\_, no puedo acompañar a mi hijo/a,  
(nombre del menor) \_\_\_\_\_, a la Clínica Orchid Health, doy  
permiso a (nombre de la persona) \_\_\_\_\_ de la siguiente manera (marque una opción):

Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo(a) (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento sin que tengan que ponerse en contacto conmigo.

Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo/a (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento en caso de que no puedan ponerse en contacto conmigo.

#### Expiración del permiso (marque una opción):

Este formulario permanecerá vigente hasta que sea revocado (llenando un " Formulario de revocación del consentimiento ")

Este formulario es VÁLIDO ÚNICAMENTE durante el siguiente periodo de tiempo:

Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
(Firma del padre/madre o tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha requerida)

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_