

PERMISO MÉDICO PARA MENOR

AUTORIZACIÓN DE PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Este Permiso Médico para Menor (el "Permiso") se otorga en la fecha indicada al final por la persona con autoridad legal sobre el menor identificado a continuación.

1. IDENTIFICACIÓN DEL MENOR

Nombre legal completo: _____ [Escriba el nombre legal completo del menor]

Fecha de nacimiento: _____ [Indique la fecha de nacimiento del menor]

Domicilio: _____ [Indique la dirección completa del domicilio del menor]

2. PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Nombre legal completo: _____ [Escriba el nombre legal completo del padre, madre o tutor legal]

Relación con el menor: _____ [Indique si es padre, madre o tutor legal]

Domicilio: _____ [Indique la dirección postal completa]

Teléfono principal: _____ [Indique un número de teléfono con código de área]

Teléfono alternativo: _____ [Indique otro número de contacto, si existe]

Correo electrónico: _____ [Indique una dirección de correo electrónico]

Declaro que tengo autoridad legal para otorgar este Permiso y que no conozco ninguna orden judicial, acuerdo vigente ni restricción legal que me impida hacerlo.

3. ADULTO AUTORIZADO

Nombre legal completo: _____ [Escriba el nombre legal completo del adulto autorizado]

Relación con el menor: _____ [Indique la relación del adulto autorizado con el menor]

Domicilio: _____ [Indique la dirección postal completa del adulto autorizado]

Teléfono principal: _____ [Indique un número de teléfono con código de área]

Correo electrónico: _____ [Indique una dirección de correo electrónico]

4. AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo al adulto identificado en la Sección 3 (el "Adulto Autorizado") a solicitar, recibir información necesaria y prestar consentimiento en mi nombre para la evaluación y la atención médica o dental del menor cuando yo no esté razonablemente disponible. Esta autorización comprende exámenes, pruebas, diagnóstico, tratamiento, medicamentos, atención dental y atención de urgencia o emergencia que un profesional autorizado considere razonablemente necesarios para proteger la salud o el bienestar del menor.

El Adulto Autorizado no podrá consentir ningún procedimiento o servicio para el que la ley aplicable exija una autorización distinta, una orden judicial o el consentimiento personal del menor, salvo que se cumplan esos requisitos.

Limitaciones o instrucciones especiales: _____ [Describa cualquier tratamiento excluido, límite o instrucción; escriba Ninguna si no aplica]

5. ATENCIÓN DE URGENCIA O EMERGENCIA

Si la demora pudiera poner en riesgo la salud o la seguridad del menor, autorizo al Adulto Autorizado a consentir la atención inmediata razonablemente necesaria. El Adulto Autorizado y los proveedores deberán hacer esfuerzos razonables para comunicarse conmigo, pero la falta de contacto no deberá retrasar la atención que pueda prestarse legalmente sin dicho contacto.

6. INFORMACIÓN MÉDICA Y PRIVACIDAD

Autorizo a los proveedores de atención médica, dentistas, hospitales, clínicas, farmacias, aseguradoras y demás personas o entidades pertinentes a compartir con el Adulto Autorizado la información del menor que sea razonablemente necesaria para ejercer esta autorización, en la medida permitida por la legislación federal y estatal aplicable. Esta autorización no concede acceso a información que legalmente requiera una autorización separada.

7. INFORMACIÓN DE SALUD DEL MENOR

Alergias: _____ [Enumere las alergias conocidas y las reacciones; escriba Ninguna si no existen]

Medicamentos actuales: _____ [Enumere cada medicamento, dosis y horario; escriba Ninguno si no aplica]

Afecciones o diagnósticos: _____ [Describa las afecciones relevantes; escriba Ninguno si no aplica]

Necesidades o instrucciones adicionales: _____ [Indique cualquier necesidad médica, de comunicación o de accesibilidad]

8. PROVEEDORES Y SEGURO MÉDICO

Profesional de atención primaria: _____ [Escriba el nombre del médico, pediatra o clínica habitual]

Teléfono del profesional: _____ [Indique el número de teléfono con código de área]

Dentista: _____ [Escriba el nombre del dentista o clínica dental habitual]

Teléfono del dentista: _____ [Indique el número de teléfono con código de área]

Aseguradora: _____ [Escriba el nombre de la compañía o plan de seguro médico]

Número de póliza o miembro: _____ [Indique el número de identificación correspondiente]

Número de grupo: _____ [Indique el número de grupo, si existe]

9. VIGENCIA Y REVOCACIÓN

Fecha de inicio: _____ [Indique la fecha en que comienza esta autorización]

Fecha de vencimiento: _____ [Indique la fecha en que termina esta autorización]

Este Permiso terminará en la fecha de vencimiento indicada o cuando lo revoque por escrito, lo que ocurra primero. La revocación surtirá efecto cuando sea recibida por el Adulto Autorizado o por el proveedor correspondiente y no afectará las acciones realizadas de buena fe antes de su recepción.

10. GASTOS

Acepto la responsabilidad por los gastos de atención del menor que no estén cubiertos por seguro u otro pagador, salvo que exista un acuerdo distinto por escrito. Esta cláusula no obliga a ningún proveedor a prestar servicios ni modifica las condiciones del seguro médico.

11. LEY APLICABLE Y VALIDEZ PARCIAL

Este Permiso se interpretará conforme a la ley de la jurisdicción en la que se utilice. Si alguna disposición no puede aplicarse, las demás continuarán vigentes hasta el máximo permitido por la ley. Podrán aceptarse copias impresas o electrónicas de este Permiso en la medida permitida por la ley aplicable.

12. FIRMAS

Al firmar, confirmo que he leído este Permiso, que la información proporcionada es correcta y que otorgo voluntariamente la autorización descrita.

Padre, madre o tutor legal

Firma

Nombre en letra de molde: _____ [Escriba el nombre legal completo de padre, madre o tutor legal]

Fecha: _____ [Indique la fecha de firma]

Segundo padre, madre o tutor legal (opcional)

Firma

Nombre en letra de molde: _____ [Escriba el nombre legal completo de segundo padre, madre o tutor legal]

Fecha: _____ [Indique la fecha de firma]

Adulto autorizado (opcional)

Firma

Nombre en letra de molde: _____ [Escriba el nombre legal completo de adulto autorizado]

Fecha: _____ [Indique la fecha de firma]

13. TESTIGO OPCIONAL

Testigo (opcional)

Firma

Nombre en letra de molde: _____ [Escriba el nombre legal completo de testigo]

Fecha: _____ [Indique la fecha de firma]

14. RECONOCIMIENTO NOTARIAL OPCIONAL

Si la ley aplicable o el receptor exige una notarización, el notario público deberá completar o adjuntar un certificado notarial válido para la jurisdicción correspondiente.

Estado o distrito: _____ [Indique la jurisdicción del acto notarial]

Condado: _____ [Indique el condado del acto notarial]

Firma del notario público

Nombre del notario: _____ [Escriba el nombre del notario en letra de molde]

Vencimiento de la comisión: _____ [Indique la fecha de vencimiento de la comisión notarial]

Sello: _____ [Coloque el sello notarial si corresponde]

Este documento no constituye asesoramiento legal y se proporciona únicamente con fines informativos y como plantilla. Las leyes que regulan el consentimiento para la atención médica de menores varían según el estado, el tipo de atención y las circunstancias específicas. Debe consultarse a un profesional legal cualificado antes de firmar este Permiso o confiar en él para cualquier situación legal, médica o financiera específica.