FISHER | TITUS

Patient Information Sticker

## AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

**Propósito:** Permitir que los padres y tutores autoricen la prestación de tratamiento de emergencia a los niños que se enfermen o lesionen cuando no sea posible comunicarse con los padres o tutores.

Soy el padre, la madre, el tutor o la persona con la que viven los menores que se indican a continuación.

Si algún menor se enferma o se lesiona y no es posible comunicarse conmigo, intente comunicarse con las otras personas en el orden indicado. Por la presente, autorizo a cada una de ellas a dar su consentimiento para que se brinde tratamiento al menor en mi ausencia.

Si, después de realizar un intento razonable, no es posible comunicarse conmigo ni con las demás personas que se indican a continuación para obtener autorización, por la presente, doy mi consentimiento para que el médico o dentista que se indica a continuación realice cualquier tratamiento que considere necesario o, si no está disponible, para que lo realice otro médico o dentista debidamente habilitado.

**Dr.:** _____ *(Médico de preferencia)*

**Dr.:** _____ *(Dentista de preferencia)*

Esta autorización no cubre las cirugías mayores, a menos que, antes de realizarlas, se obtengan las opiniones de otros dos médicos o dentistas debidamente habilitados que coincidan en que dicha cirugía es necesaria.

Datos sobre los antecedentes médicos del menor, incluidas las alergias, los medicamentos que esté tomando y cualquier limitación física que el médico deba conocer:

_____

_____

_____

**Niños**:

***Nombre*** ***Fecha de nacimiento***

_____

_____

_____

**Otros adultos a quienes contactar:**

***Nombre*** ***Dirección*** ***Teléfono***

_____

_____

_____

**Firma de padre/madre/tutor:** _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____ Teléfono: _____