



## Delegación de consentimiento

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Autorizo (cuando no estoy disponible para dar consentimiento) a la(s) siguiente(s) persona(s):**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

\_\_\_\_\_  
Relación al niño(a)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

\_\_\_\_\_  
Relación al niño(a)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

\_\_\_\_\_  
Relación al niño(a)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

\_\_\_\_\_  
Relación al niño(a)

**dar su consentimiento a cualquier y todo cuidado médico y atención para este niño(a) que se considere necesario y apropiado por un profesional médico con licencia en el estado de Texas. Este consentimiento se incluye, pero no se limita a, la intervención médica y quirúrgica y atención electiva, así como la atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que yo retire la delegación de consentimiento.**

Firma del Padre/Tutor/Paciente (si tiene 18 años o más) \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Traductor/Lector (si es aplicable) \_\_\_\_\_