



PLACE STICKER HERE

NAME _____

DOB _____ DATE _____

AUTHORIZATION FOR THIRD PARTY TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR LACKING CAPACITY TO CONSENT

(I)(We), the undersigned, parent(s)/person having legal custody/legal guardianship of (*Name of minor*) _____, a minor, do hereby authorize (*Name of agent*) _____

_____ as agent(s) for the undersigned to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment, and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of, any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medical Practice Act, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of the physician or at the hospital.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or hospital care being required but is given to provide authority to the above described agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a physician, meeting the requirements of this authorization, may, in the exercise of his/her best judgment, deem advisable.

This authorization is given pursuant to the provisions of Family code Section 6910.

(I)(We) hereby authorize any provider that has provided treatment to the above-named minor pursuant to the provisions of Family Code Section 6910 to surrender physical custody of such minor to (my) (our) above named agent(s) upon the completion of treatment. This authorization is given pursuant to Health and Safety Code Section 1283.

These authorizations shall remain effective until (*month and day*) _____, 20_____, unless sooner revoked in writing delivered to the agent(s) noted above.

Date: _____

Signature: _____
(Circle relationship: parent / legal guardian / person having legal custody)

Signature: _____
(Parent)



PLACE STICKER HERE

NAME _____

DOB _____ DATE _____

AUTORIZACION PARA QUE UN TERCERO PUEDA DAR SU CONSENTIMIENTO AL TRATEMIENTO DE UN MENOR DE EDAD CON FALTA DE CAPACIDAD PARA DAR CONSENTIMIENTO

Por la presente (Yo) (Nosotros), el padre(s)/la madre/la persona con custodia legal/tutor de *(nombre del menor de edad)* _____ una persona menor de edad.

Autorizo/autorizamos a *(nombre del representante)* _____ en calidad de representante(s) del suscrito (o suscritos) a que dé su consentimiento a cualquier examen de rayos-X, anestesia, diagnóstico o tratamiento medico o quirúrgico, o atención de hospital que se considere aconsejable por, y lo cual será prestado(a) bajo la supervisión general o especial de cualquier medico o cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley Sobre el Ejercer de la Medicina (Medical Practice Act). Sin importar si el diagnóstico o el tratamiento se prestan en la oficina del medico o en el hospital.

Se entiende que esta autorización se concede por anticipado a cualquier diagnóstico tratamiento o atención de hospital específico que se precisen, pero se le da la autoridad necesaria para que el representante antes descrito(s) dé su consentimiento específico a cualquier y todos los diagnósticos, el tratamiento, o atención hospitalaria que un médico, que cumpla con los requisitos de la presente autorización, pueda considerar convenientes en el ejercicio de su mejor criterio.

Esta autorización se concede de acuerdo con las disposiciones de la Sección 6910 del Código de Familia de California.

(Yo)(Nosotros) por medio de la presente autorizamos a cualquier proveedor que haya suministrado tratamiento al menor arriba mencionado de acuerdo con las disposiciones de la Sección 6910 del Código Familiar de California para que ceda la custodia del menor a mi(s)/nuestro(s) representante(s) al concluirse el tratamiento. Esta autorización se concede de acuerdo con la Sección 1283 del Código de Salubridad y Seguridad de California (Health and Safety Code of California).

Estas autorizaciones permanecerán en vigor hasta el *(mes y día)* _____ de _____ de 20____, salvo su previa anulación por escrito, la cual, en tal caso, deberá entregarse (al) (a los) representante(s) ya mencionados.

Fecha: _____

Firma: _____
(Marque con un circulo la relación: padre/madre/persona con custodia legal/tutor)

Firma: _____
 (Padre o Madre)