

## Autorización para el Cuidador/Guardián

*Esta es una forma legal importante. Antes de firmar este formulario, usted debe entender los siguientes hechos: Esta forma da a la persona que usted elija como agente (apoderado) de su hija/o la autoridad para tomar todas las decisiones de atención de salud para usted, excepto en la medida que usted dice lo contrario en este formulario. "Atención médica" significa cualquier tratamiento, inmunizaciones, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar condición física o mental de su hija/o.*

Yo, \_\_\_\_\_, el padre de \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, nombro a \_\_\_\_\_, quien es (relación estado); \_\_\_\_\_, como único agente (apoderado) de atención médica de mi hija/o. Este poder es efectivo SOLAMENTE cuando cualquiera de los padres biológicos no son capaz de llevar al niño/a para recibir servicios de atención médica.

Dirección de Designado: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Designado: \_\_\_\_\_

A menos que yo revoque o indique una fecha de expiración o mi hija/o cumple 18 años de edad, esta representación se permanecerá en efecto durante un (1) año de la fecha firmada. Opcional, si desea que este poder se expire, indique la fecha o las condiciones aquí.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Iniciales El Designado reconoce la **responsabilidad de pagar** por los servicios médicos prestados de conformidad con las pólizas del centro médico de salud.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del padre

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
 Fecha

