



Autorización para Tratamiento

Fecha: _____

Doy mi consentimiento a Lakeside Pediatrics y el Hospital de Lakeland Regional para administrar tratamiento a mi hijo/hija _____, en caso de una emergencia y no puedan contactarme. Doy mi consentimiento para transportar por ambulancia, si es justificado.

Designacion De Un Sustituto Del Cuidado De La Salud Para Un Menor

Yo/Nosotros, _____, y _____ padres biológicos/los guardianes naturales como definido en el estatuto de Florida, sección 744.301(1); custodios legales; guardianes legales (por favor seleccione uno de los 3 previos), conforme al estatuto de Florida, sección 765.2035, designo a la siguiente persona a actuar como mi/nuestro sustituto para decisiones del cuidado de salud para dicho menor (menores) en el evento de que yo/nosotros no podamos o no estemos razonablemente disponibles para proveer consentimiento para examinación, realizar pruebas de laboratorio y radiografías apropiadas, y la administración de medicamentos necesarios incluyendo inmunizaciones o vacunas, cuidado médico y quirúrgico y procedimientos diagnósticos (por favor escriba los nombres en orden de prioridad-a quien debemos contactar primero):

| Nombre | Relación al Paciente | Numero de Teléfono Movil/Celular | Dirección de Correo Electronico (Email) |
|--------|----------------------|----------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Yo/Nosotros autorizamos y pedimos que todos los médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos sigan las instrucciones de mi/nuestro sustituto o sustituto alterno, como sea el caso, en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, en relación a tratamiento médico y quirúrgico y procedimientos diagnósticos para un menor, provisto que el cuidado médico y tratamiento del menor es bajo el aviso de un médico licenciado.

Yo/nosotros entendemos que esta designación va a permitir que mi/nuestro designado tome decisiones para el cuidado de salud de un menor y provea, retenga o retire el consentimiento en mi/nuestro nombre, puede aplicar para beneficios públicos para sufragar el costo del cuidado de salud, puede acceder y autorizar la liberación de los expedientes médicos del menor, y para autorizar la admisión o transferencia de un menor de o hacia una facilidad de cuidado de salud.

Ejecutado este ____ día de _____, 20 ____

Firma de la persona responsable

Fecha

Firma de la persona responsable

Fecha

Testigos: (Dos testigos adultos son requeridos y no pueden ser la persona designada como sustituto):

Nombre

Firma

Nombre

Firma