



1500000

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

DELEGACIÓN DE AUTORIDAD PARA CONSENTIR LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO RUTINARIOS DE UN MENOR

DELEGATION OF AUTHORITY TO CONSENT FOR ROUTINE CARE AND TREATMENT FOR A MINOR

Instrucciones para rellenar este formulario: Este formulario está diseñado para aquellas situaciones en las que los menores se presentan para recibir atención y tratamiento rutinarios sin estar acompañados por sus padres o tutores legales.

Instructions for completing this form: This form is designed for those situations where minors present for routine care and treatment unaccompanied by either a parent or legal guardian.

Nombre del Paciente: _____

Patient's Name

Dirección del Paciente: _____

Patient's Address

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Historia Clínica: _____

Date of Birth

Medical Record Number

Delegados con autoridad para consentir cuidados y tratamientos rutinarios:

Delegates with authority to consent to routine care and treatment:

Delegado: _____ Teléfono: _____

Delegate

Phone

Dirección: _____

Address

Relación con el paciente: Abuelo Padrastro o madrastra Otro - Por favor, especifique: _____

Relationship to patient:

Grandparent

Stepparent

Other - Please Specify

Delegado: _____ Teléfono: _____

Delegate

Phone

Dirección: _____

Address

Relación con el paciente: Abuelo Padrastro o madrastra Otro - Por favor, especifique: _____

Relationship to patient:

Grandparent

Stepparent

Other - Please Specify

Delegado: _____ Teléfono: _____

Delegate

Phone

Dirección: _____

Address

Relación con el paciente: Abuelo Padrastro o madrastra Otro - Por favor, especifique: _____

Relationship to patient:

Grandparent

Stepparent

Other - Please Specify

Los delegados arriba indicados pueden dar su consentimiento para vacunar a mi hijo menor de edad Sí No

Delegates above may consent to immunizations for my minor child Yes No



1500000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE. WRITE IN PT NAME & MR#

Por la presente, el abajo firmante delega en las personas identificadas más arriba la autoridad para dar su consentimiento para la atención y el tratamiento rutinario del menor identificado más arriba. La atención y el tratamiento de rutina incluyen, entre otros, exámenes físicos, recetas, obtención de muestras de sangre para estudios de laboratorio y radiografías. La atención y el tratamiento de rutina no incluyen procedimientos menores que impliquen anestesia local y, a menos que se especifique anteriormente, no incluyen inmunizaciones. La atención y el tratamiento se prestarán bajo la supervisión general o especial de un clínico de UVA Health. Esta delegación de autoridad para consentir cuidados y tratamientos rutinarios será válida durante 12 meses a menos que sea revocada por uno de los padres o el tutor legal. Para revocar esta delegación, llame al 434-924-5136.

The undersigned does hereby delegate to the persons identified above the authority to consent for routine care and treatment for the minor identified above. Routine care and treatment include, but is not limited to, physical and examinations, prescriptions, obtaining blood samples for laboratory studies, and x-rays. Routine care and treatment do not include minor procedures involving local anesthesia, and, unless specified above, it does not include immunizations. The care and treatment will be rendered under the general or special supervision of a UVA Health clinician. This delegation of authority to consent for routine care and treatment shall remain valid for 12 months unless revoked by a parent or legal guardian. To revoke this delegation, please call 434-924-5136.

Firma del Paciente o Representante Legal:

Patient or Legal Representative Signature:

Al firmar a continuación, declaro que soy padre, madre o tutor legal con autoridad para dar mi consentimiento para la atención médica del menor identificado arriba. He leído o me han explicado el contenido de este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas.

By signing below, I state that I am either a parent or legal guardian with the authority to consent to health care for the minor identified above. I have read or have had explained to me the contents of this form. I have had a chance to ask questions and all of my questions have been answered.

_____ Firma <i>Signature</i>	_____ Nombre Impreso <i>Printed Name</i>	_____ Fecha <i>Date</i>
------------------------------------	--	-------------------------------

Firma del Testigo: _____ *(Firma obligatoria)
Witness Signature **(Required Signature)*

*Por favor, tenga en cuenta que, sin la firma requerida del Testigo, el formulario no será reconocido como Completo.
**Please note that without the required signature of the Witness, the form will not be recognized as Complete.*

CERTIFICADO DEL INTÉRPRETE (si procede) INTERPRETER ATTESTATION (when applicable)

_____ Firma del intérprete/ ID# <i>Signature of Interpreter</i>	_____ Nombre impreso <i>Printed Name</i>	_____ Fecha/Hora <i>Date/Time</i>
---	--	---