



ORANGE COUNTY
HEALTH DEPARTMENT
Improving health. Inspiring change.

AUTORIZACIÓN PARA DAR CONSENTIMIENTO A LOS CUIDADOS DE SALUD DE UN MENOR

Yo, _____, del Condado de _____, soy el padre/madre con custodia legal de _____, niño/a menor, con _____ años de edad, nacido/a el _____. Otorgo permiso a _____, persona adulta a quien se le ha confiado el cuidado de dicho menor , y que reside en _____, para que realice cualquier acto que sea necesario o apropiado para proporcionarle atención médica o dental al niño menor, inclusive aunque no limitado, el poder de proporcionar dichos cuidados de salud en cualquier hospital u otra institución, o el empleo de un doctor u otra persona cuyos servicios de anestesia, exámenes de rayos X, realización de operaciones y otros procedimientos llevados a cabo por doctores y otro personal médico, excepto el detener o retirar procedimientos de mantenimiento de vida.

Opcional: Este consentimiento estará en vigor desde la fecha de su ejecución hasta (e incluyendo) el, _____.

Al firmar aquí, indico que poseo el entendimiento y la capacidad de comunicar decisiones relativas al cuidado de salud y que estoy completamente informado/a de los contenidos del documento y entiendo toda la importancia de cesión de poderes al agente nombrado aquí.

 PADRE/MADRE CON CUSTODIA (Sello) _____
 FECHA

STATE OF NORTH CAROLINA COUNTY OF ORANGE

On this _____ day of _____, 20_____, personally appeared before me the named _____, to me known and known to me to be the person described in an who executed the foregoing instrument and he (or she) acknowledges that he (or she) executed the same and being duly sworn by me, made oath that the statements in the foregoing instrument are true.

NOTARY PUBLIC My commission expires _____

Interpreter’s Signature (if needed): _____ Date: _____
Firma del Intérprete (si es necesario) *Fecha*