



Allergy, Asthma Immunology Care

Autorizacion Médica para Menores

Yo, _____, padre o encargado de _____, menor de edad, por la presente autorizo una o más de las siguientes personas _____, _____ o _____ como representantes para que en mi ausencia o incapacidad de dar consentimiento para cualquier procedimiento, examen y la administración de la vacuna de alergia, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y la atención médica que sea considerada necesaria y que será administrada bajo la supervisión general o especial de cualquier médico, provisión del Acta de la Práctica Médica del personal médico de cualquier hospital donde dicho diagnóstico o tratamiento es o no provisto en la oficina del Dr. José Andrade o en dicho hospital.

Se entiende que esta autorización es otorgada por adelantado de cualquier procedimiento, diagnóstico, tratamiento específico o la atención hospitalaria de ser necesario, pero es dada para proveer autoridad y poder a los representantes antes mencionados para dar consentimiento específico a cualquier y/o todos los procedimientos, diagnósticos, tratamientos o la atención hospitalaria que el médico indicado en el ejercicio de su mejor juicio estime convenientes.

Por la presente autorizo al Dr. José Andrade y su personal médico que anteriormente ha proporcionado tratamiento al menor antes mencionado, para entregar la custodia física de dicho menor a los representantes antes indicados a la culminación del tratamiento.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta: _____.

Firma del padre o encargado

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Copias de este formulario, debidamente autorizado, deben estar en posesión del menor antes mencionado: al menos un adulto autorizado en el documento debe estar presente en la cita médica, y el padre o encargado de ejecutar la Autorización Médica.

El Dr. José Andrade requiere a los participantes menores de edad (es decir, los que tienen que tener el permiso), cuyos padres o tutores legales no están presentes en la cita médica de tener un formulario de autorización médica válida. El Dr. José Andrade recomienda el uso de la Autorización Médica para todos los menores cuyos padres o tutores legales no están presentes.

Triple Board Recertified Physician
Recertified Diplomate of the American Board of Allergy and Immunology
A Conjoint Board of the American Board of Internal Medicine and the American Board of Pediatrics
Recertified Diplomate of the American Board of Pediatrics
Recertified Diplomate Pediatric Rheumatology – Subboard American Board of Pediatrics
Diplomate and Senior Disability Analyst of the American Board of Disability Analysts
General Acupuncture

Truly dedicated to treating patients and serving as a resource for physicians throughout the state and beyond since 1987