

**Consentimiento para Cuidador(es) Temporal(es) para Atención y Tratamiento  
(que no sea de emergencia) de Menores**

\_\_\_\_\_  
Apellido(s) del niño (Letra de Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño (Letra de Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
N° de GHC

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA CUIDADOR(ES) TEMPORAL(ES)**

Por la presente declaro que soy el padre o tutor legal del menor nombrado arriba, con la autoridad de conceder los permisos descritos en este formulario. Por la presente otorgo el derecho y concedo permiso a:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación del Cuidador (es) Temporal (es)

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación del Cuidador (es) Temporal (es)

para consentir y autorizar tratamiento médico para el/los siguiente(s) tipo(s) de atención médica:

**Cita única:** Doy mi consentimiento para que mi hijo/a menor de edad reciba en GHC-SCW atención médica y tratamiento relacionados con su cita médica el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_.  
FECHA (mes/día/año) Motivo de la cita

**Serie de Citas Rutinarias:** Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba en GHC-SCW atención médica y tratamiento relacionados con la siguiente serie de citas rutinarias del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_.  
FECHA (mes/día/año) FECHA (mes/día/año)

Marque una o más casillas

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atención Primaria          | <input type="checkbox"/> Atención Quiropráctica  | <input type="checkbox"/> Educación sobre la Salud |
| <input type="checkbox"/> Terapia Física/Ocupacional | <input type="checkbox"/> Cuidado de la Vista     | <input type="checkbox"/> Pruebas de Laboratorio   |
| <input type="checkbox"/> Toma de Imágenes Médicas   | <input type="checkbox"/> Medicina Complementaria | <input type="checkbox"/> Salud Mental             |
| <input type="checkbox"/> Vacunas                    | <input type="checkbox"/> Todos los servicios     |   |

Otro: (Describa): \_\_\_\_\_.

Esta autorización será válida durante el período de tiempo desde el \_\_\_\_\_

y hasta el \_\_\_\_\_. Por la presente mantengo indemnes y eximo de responsabilidad a los proveedores y a cualquier otra persona que actúe en virtud a esta autorización.

Firmado a día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA (mes/día/año)