



Part of Optum®

RENUNCIA A LA ATENCIÓN DE UN HIJO MENOR DE EDAD

Yo, _____, el padre, la madre o el tutor legal de _____ autorizo a _____ a asistir con mi hijo a su cita con el proveedor en New West Physicians. Al firmar a continuación, autorizo a la persona mencionada anteriormente a tomar cualquier decisión médicamente relevante con respecto a mi hijo menor de edad, incluso decisiones sobre medicamentos, análisis de sangre y estudios por imágenes, así como cualquier otra decisión relacionada con la atención de mi hijo.

Debe marcar una:

Autorizo a esta persona a traer a mi hijo en esta fecha:

Autorizo a esta persona a traer a mi hijo cualquier día hasta la fecha de vencimiento de esta renuncia: _____ (esta no debe ser posterior a un año a partir de la fecha de hoy).

Firma

Fecha

Nombre en Letra de Imprenta

Fecha de Nacimiento de Mi Hijo