

**AUTORIZACIÓN PARA QUE UNA TERCERA PERSONA DE SU  
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD  
QUE CARECE LA CAPACIDAD PARA DAR CONSENTIMIENTO**

Yo soy  el padre o madre

el tutor

otra persona que tiene la custodia legal \_\_\_\_\_  
(describa la relación legal)

de (nombre del menor) \_\_\_\_\_ menor de edad.

Por medio del presente autorizo a (nombre del representante) \_\_\_\_\_,  
a actuar como mi representante y dar consentimiento para todo tratamiento médico,  
diagnóstico o tratamiento, incluyendo salud mental y medicamentos psiquiátricos por cualquier médico con  
licencia quien prestará supervisión general o especial del mismo, ya sea que dicho tratamiento se  
brinde en el consultorio del médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o  
atención hospitalaria que se requiera, pero se otorga a fin de dar autoridad al representante  
nombrado anteriormente a dar consentimiento para todo y cualquiera de dichos diagnósticos,  
tratamientos o atención médica que recomiende un médico con licencia.

Esta autorización se otorga en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del  
Código de Familia.

Por medio del presente autorizo a cualquier médico que brinde tratamiento al menor de  
edad nombrado anteriormente en conformidad con las disposiciones del Artículo 6910 del  
Código de Familia a entregar la custodia física del menor al representante nombrado  
anteriormente al finalizar el tratamiento. Esta autorización se otorga en conformidad con el  
Artículo 1283 del Código de Salud y Seguridad.

Estas autorizaciones tendrán vigencia hasta (mes y día) \_\_\_\_\_  
del 20\_\_\_\_\_ a menos que sea revocada antes por escrito entregada al representante  
nombrado anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Escriba su Nombre: \_\_\_\_\_  
(ponga un círculo en la relación con el menor: padres/tutor legal/personas que tienen la custodia legal)

Firma: \_\_\_\_\_  
(padre o madre)