



SUNRISE PEDIATRICS

11920 Westheimer Rd, Suite E
Houston, TX 77077
Phone Number: (281) 679-6165
Fax: (888)204-5061

Delegación de Consentimiento

Autorizo (cuando no estoy disponible para dar consentimiento) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre de la persona

Relación al paciente

Nombre de la persona

Relación al paciente

Nombre de la persona

Relación al paciente

Dar su consentimiento a cualquier y todo cuidado médico y atención médica para este niño(a) que se considera necesario y apropiado por un profesional de atención médica con licencia en el estado de Texas. Este consentimiento incluye, pero no se limita a, intervención médica y quirúrgica y intervención electiva, así como atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que retire la delegación de consentimiento.

Firma del Padre, Madre/Tutor legal/Paciente (Si es mayor de 18 años)

Relación al paciente

Fecha

Testigo

Traductor/Lector (si corresponde)