

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES NO EMANCIPADOS

Debe completarse para que la solicitud sea aceptada.

Yo, _____ siendo el padre/ madre o tutor legal de _____ doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia y de rutina (incluyendo atención de salud mental) y quirúrgico de este menor, en el Colorado State University Health & Medical Center, UC Health Poudre Valley Hospital, o por un médico privado, técnico de emergencias médicas o dentista. Se entiende que esta autorización se otorga con anterioridad a cualquier diagnóstico o tratamiento específico siempre que se considere necesario en la situación y está de acuerdo con los estándares generalmente aceptados o la práctica médica para el tipo particular de lesión o enfermedad involucrada. No impongo limitaciones o prohibiciones específicas con respecto al tratamiento que no sean los siguientes (si no hay ninguno, indíquelo):

Esta autorización permanecerá vigente hasta el 31 de agosto de 2024.

Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha