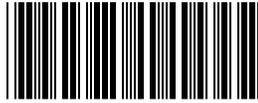


Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304



CONSENTS • AUTHORIZATION FOR THIRD PARTY TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR LACKING AUTHORITY TO CONSENT
CONSENTIMIENTOS • AUTORIZACIÓN A TERCERO PARA QUE CONSENTA AL TRATAMIENTO DE UN MENOR QUE NO TIENE LA AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIR

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

Por la presente, yo, el suscrito padre/madre/persona con la custodia legal/tutor del menor nombrado arriba, autorizo a (nombre del agente) _____ para que actúe como mi agente para consentir a cualquier examen radiológico, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, y cualquier otra atención hospitalaria que se considere recomendable por, y que se realice bajo la supervisión general o especial de, los médicos del niño en LPCH si dicho diagnóstico o tratamiento es llevado a cabo en el hospital y las clínicas.

El suscrito entiende que el paciente puede recibir parte de su atención médica en *Stanford Hospital and Clinics*. El suscrito está de acuerdo en que cada vez que aparezcan las palabras "Lucile Packard Children's Hospital" u "hospital" en este consentimiento, se entenderá que dichas palabras incluyen, para dicha atención del paciente, a "Stanford Hospital and Clinics".

Se entiende que esta autorización es concedida antes de que se requiera un diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica, pero que se concede para otorgarles la autoridad a los agentes descritos arriba para que den su consentimiento a todo diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que un médico, cumpliendo con los requisitos de esta autorización, pueda, ejerciendo su mejor juicio, considerar aconsejable.

Se concede esta autorización según las disposiciones del artículo 6910 del Código Familiar (*Family Code Section 6910*).

Por este medio autorizo a LPCH que ha brindado tratamiento al menor nombrado arriba conforme a las disposiciones del Artículo 6910 del Código Familiar a entregar la custodia física de tal menor al agente(s) nombrado arriba al terminar el tratamiento. Esta autorización se concede conforme al artículo 1283 del Código de Salud y Seguridad (*Health and Safety Code section 1283*).

Estas autorizaciones seguirán en vigencia hasta el (día y mes) _____, del año 20__ a no ser que se revoquen antes informándole por escrito al agente(s) nombrado arriba.

FIRMA (paciente, padre, madre o representante debidamente designado)

Fecha

Hora

NOMBRE DEL FIRMANTE EN LETRA DE MOLDE

PARENTESCO con el paciente

DATOS MÉDICOS PERTINENTES:

Alergias: Ninguna alergia conocida a fármacos, alimentos o al ambiente
 Alerta sobre alergias (vea LINKS)

Enfermedades por las que el menor está recibiendo tratamiento: _____

Medicamentos tomados actualmente: _____

Restricciones respecto a actividades: _____

Médico de atención primaria (nombre y número de teléfono): _____

Compañía de seguro médico: _____

Nombre de la madre: _____

Números de teléfono de la madre: (casa) _____ (trabajo) _____ (otro) _____

Nombre del padre: _____

Números de teléfono del padre: (casa) _____ (trabajo) _____ (otro) _____