



Children's Hospital
New Orleans
LCMC Health

DELEGATION OF CONSENTING AUTHORITY (SPANISH)

PAGE 1 OF 1

PATIENT INFORMATION

PLACE PATIENT'S LABEL HERE

Fecha: _____

Yo, _____ autorizo a las personas cuyo nombre aparecen abajo a que den su consentimiento a los medicos para que provean y den tratamiento medico y vacunas a mis niños.

Nombres de los Niños	Fecha de Nacimiento

El consentimiento dado por la persona autorizada tendra el valor legal, como si lo diera el padre de familia, de manera que el medico pueda confiar en esta autorizacion y aceptaria hasta que el medico reciba notificacion por escrito del padre de familia que la autorizacion ha sido revocada.

Personas Autorizadas

Nombre	Parentesco
Nombre	Parentesco

Firma del Padre/Guardian: X	Date MM/DD/YY / /	Time 00:00 AM/PM :
Parentesco:		