



AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN A MENORES DE EDAD

University Eye Center at Los Angeles | 3916 S. Broadway, Los Angeles, CA 90037

**UNIVERSITY
EYE CENTER**
at Los Angeles

Yo, padre/guardián legal de _____ a través de la firma del presente
nombre del menor
documento, otorgo permiso especial a _____ para que
nombre teléfono
en mi nombre autorice atención médica a mi hijo/representado, incluyendo exámenes diagnósticos, pruebas, y dilatación de pupila. La presente autorización es válida desde _____ hasta _____. Declaro libremente que no iniciaré ninguna acción legal en contra del Centro para el Cuidado de los Ojos o contra ningún Doctor por la atención medica recibida basada en la presente autorización.

Este documento se hace efectivo hoy, _____

Padre(s)

Testigo

Guardián Legal

Testigo

Información Médica Importante

El padre/guardián puede ser ubicado en la siguiente dirección/teléfono: _____

Nombre del Doctor familiar/primario: _____

Alergias: _____

Medicamento(s) que el menor esté tomando actualmente: _____

Problemas médicos o alguna otra condición que requiera atención especial: _____

Explique cualquier otra situación sobre la cual el Doctor deba estar enterado: _____