



**AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR  
TRATAMIENTO MÉDICO**

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo de manera consiente y voluntaria la presente autorización para recibir exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y cuidados de salud conductual, provistos según el criterio profesional de algún médico, asistente médico, enfermera practicante u otro personal autorizado de Equality Care Center para el cuidado de salud de mi.

\_\_\_\_\_  
(Relación) \_\_\_\_\_ (Desde ahora nombrado como "dependiente") - Nombre Completo

También autorizo a \_\_\_\_\_,  
(Desde ahora nombrado como "cuidador") - Nombre Completo

quien estará a cargo de mi dependiente durante el periodo de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ para coordinar su atención médica rutinaria o de emergencia y/o de cuidado de la salud conductual, además de cualquier tratamiento médico necesario para preservar la salud de mi dependiente. En el caso de que mi dependiente resulte lesionado o enfermo mientras esté bajo custodia del cuidador, con este consentimiento y autorización otorgo permiso al cuidador para que brinde primeros auxilios a dicho dependiente y tome las medidas apropiadas, incluido el contactar al sistema del Servicio Médico de Emergencia (EMS) y coordinar su transporte a la instalación médica de emergencia más cercana.

Al tomar decisiones médicas en mi nombre y en beneficio de mi dependiente, instruyo al cuidador a que intente contactarme. Sin embargo, si la atención médica se vuelve esencial, le doy mi consentimiento y autorización al cuidador para que tome las decisiones con respecto al tratamiento que el personal autorizado y médico de Equality Care Center considere apropiadas. En cumplimiento de cualquier decisión de tratamiento que tome el cuidador en mi nombre, y en beneficio de mi dependiente, autorizo al cuidador a solicitar, obtener, revisar e inspeccionar toda la información relacionada con la salud de mi dependiente, así como cualquier dato relevante para la toma de decisiones sobre su tratamiento médico.

Reconozco que no existe ningún tipo de garantías en cuanto al resultado o efecto de los exámenes o tratamientos que se realicen a la condición médica de mi dependiente, así mismo, asumo la responsabilidad financiera de todos los gastos razonables generados y relacionados con la atención y el tratamiento médico que mi dependiente reciba durante ese período de tiempo.

Comprendo plenamente que esta autorización permanece en efecto y es válida a menos que sea revocada mediante un aviso por escrito al Equality Care Center.

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Testigo de Equality Care Centers: \_\_\_\_\_