



SOUTHERN ORANGE COUNTY PEDIATRIC ASSOCIATES

"Great Care for Great Kids"

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

El uso de esta declaración está autorizado por la Parte 1.5 (comenzando con la Sección 6550) de la División 11 del Código Familiar de California.

Instrucciones: Llenar y firmar la declaración jurada donde se autoriza la atención médica, incluyendo vacunas, exámenes físicos, pruebas y/o el tratamiento con el propósito de diagnósticos y atención médica, que se considere conveniente y debe ser prestado por los proveedores y el personal de Southern Orange County Pediatrics Associates.

Yo (nosotros), el padre(s) / tutor(s) de _____ damos la autorización a los siguientes familiares calificados y/o cuidadores a buscar atención para el paciente menor de edad como se indicó anteriormente.

CUIDADOR NOMBRE

RELACIÓN CON EL PACIENTE

- | | |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ |

Nota: Los cuidadores mencionados anteriormente tendrán que mostrar una identificación con fotografía en cada visita.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR PERMANECERÁ EN EFECTO HASTA NUEVO AVISO POR ESCRITO.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo anterior es verdadera y correcto.

Nombre del padre/guardián (letra de molde)

Firma del Padre/Guardián

Testigo

Fecha

Fecha de nacimiento del paciente: _____
No. Cta. del paciente: _____