**Si el participante es menor de 18 años, complete lo siguiente:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el abajofirmante padre y/o el tutor legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo por este medio tratamiento médico y/o quirúrgico por un médico (MD) con licencia del Estado de California y/o un hospital con licencia del Estado de California y/o sala de emergencias con licencia y/o una clínica privada operada por un médico autorizado (MD) y debidamente certificado y con licencia en el Estado de California y/o sus representantes como agente(s), para que el abajofirmante consienta a cualquier radiografía, laboratorio, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, o tratamiento y atención hospitalaria que se considere aconsejable por y debe ser prestada bajo la supervisión general o especial de un médico con licencia (MD) según las disposiciones de la Ley de Práctica Médica y que está en el personal del hospital acreditado, si dicho diagnóstico o tratamiento se realiza en la oficina del médico tratante o en cualquier hospital acreditado.

Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico específico, tratamiento u hospitalización requerida, pero se otorga para proporcionar autoridad, consentimiento y poder por parte de nuestros agentes mencionados para dar un consentimiento específico a cualquiera el diagnóstico, el tratamiento o la atención hospitalaria que el médico antes mencionado en el ejercicio de su juicio médico y quirúrgico pueda considerar aconsejable de conformidad con las disposiciones del Código Civil § 25.8 de California.

Además, está autorizado a divulgar y/o recibir todos y cada uno de los registros médicos y/o información médica relacionada con y/o para ayudar en el tratamiento otorgado al menor mencionado anteriormente con respecto al menor/accidente/o lesión industrial del menor.

Médico de familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo Fecha

**Si el participante tiene 18 años o más, proporcione un contacto de emergencia. En caso de emergencia, por favor notifique:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Completa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor indique la información física personal de la que el hospital o el médico deberían estar al tanto en caso de enfermedad o lesión (por ejemplo: diabetes, reacciones a medicamentos, problemas cardiacos, medicamentos que actualmente usa, alergias, etc.).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Participante Fecha