



**Newport Harbor Cardiology**  
601 Dover Drive, Suite 2, Newport Beach, CA 92663

### **Consentimiento para Tratar Menores**

Yo (nosotros) los padres firmantes, padres, o tutor legal de \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento) \_\_/\_\_/\_\_, un menor de edad, por la presente autorizo y consiento a cualquier electrocardiograma, exámenes de electrocardiograma, médico o diagnóstico y tratamiento quirúrgico y de emergencia la atención hospitalaria que sea considerado recomendable y que hay que asegurar, bajo la supervisión general o especial de cualquier médico de Newport Harbor Cardiology Inc., licencia bajo las disposiciones de la Ley de Medicina Práctica y en el personal de cualquier hospital general de agudos que posea una licencia vigente para operar un hospital del Estado de California Departamento de Salud Pública. Se entiende que esta autorización está dada por adelantado de cualquier diagnóstico específico, el tratamiento o la atención hospitalaria que se requiera, pero se da para proporcionar autoridad y poder para rendir el cuidado que los médicos mencionados en el ejercicio de su mejor juicio que estime convenientes. Se entiende que se hará lo posible para ponerse en contacto con el suscrito antes de rendir el tratamiento a la paciente, pero cualquiera de los tratamientos anteriores no será retenido si el firmante no puede ser alcanzado.

Esta autorización se da conforme a las disposiciones del artículo 25.8 del Código Civil de California.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal                      Fecha                      Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal                      Fecha                      Relación con el Paciente

Yo (nosotros) entiendo la importancia de mi (nuestra) presencia durante las citas, pero en el caso de mi (nuestra) ausencia inevitable, yo (nosotros) doy permiso a la persona (s) después de proporcionar la supervisión necesaria. Yo (nosotros) reconozco que es mi (nuestra) responsabilidad de inmediatamente notificar Newport Harbor Cardiología, Inc. de cualquier cambio en la información a continuación.

#### **Por Favor escriba contacto relativo y contactó de emergencia**

\_\_\_\_\_  
Nombre    Teléfono    Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre    Teléfono    Relación con el Paciente

Tenga en cuenta, Newport Harbor Cardiology, Inc., puede requerir copias de documentos de tutela legal, en su caso.