



East Carolina Neurology
2280 Hemby Lane
Greenville, NC 27834

Autorización de consentimiento para el cuidado de la salud de un menor
(NCGS 32A - Artículo 4)

Yo, _____, del condado de _____, soy el padre que tiene la custodia legal de _____, un menor, de _____ años, nacido el _____ de _____. Autorizo a _____, un adulto a quien se le ha confiado el cuidado de mi hijo, que vive en _____, a realizar cualquier acto que sea necesario o adecuado para garantizar el cuidado de la salud del menor, incluidos, entre otros, (i) la facultad de proveer tal cuidado de la salud en cualquier hospital y otra institución, o emplear a cualquier médico, odontólogo, enfermero u otra persona cuyos servicios puedan ser necesarios para tal cuidado de la salud, y (ii) consentir y autorizar cualquier tipo de cuidado de la salud, incluidos la administración de anestesia, exámenes con rayos X, la realización de operaciones y otros procedimientos por parte de médicos, odontólogos y otro personal médico, excepto la negación o la cancelación de procedimientos de mantenimiento de la vida.

Este consentimiento entrará en vigor a partir de la fecha de firma hasta el _____, _____, inclusive.

Al firmar aquí, señalo que comprendo y tengo la capacidad de comunicar decisiones sobre el cuidado de la salud, y que estoy plenamente informado respecto a los contenidos del presente documento y comprendo la importancia total de esta concesión de facultades al apoderado que aquí se nombra.

(SELLO)

Padre de custodia

Fecha

ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE

CONDADO DE

A los _____ días del mes de _____ de _____, compareció ante mí personalmente _____, de mi conocimiento y quien me consta es la persona descrita en el instrumento que antecede, quien lo firmó y reconoce que lo firmó y, tras haber prestado debido juramento ante mí, manifestó que las declaraciones dicho instrumento son verdaderas.

Notario Público

Nombramiento válido hasta el: