

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD_____
Nombre del paciente menor de edad_____
Fecha de nacimiento_____
Edad

Para facilitar la atención médica y el tratamiento de mi hijo/a, _____, (en adelante el “paciente menor de edad”) brindada por Sutter Valley o Sutter Bay Medical Foundation, el/la abajo firmante —padre, madre, tutor legal, u otra persona con responsabilidad legal por el paciente menor de edad— doy fe de lo siguiente:

1. Soy el padre, la madre, el tutor legal u otra persona con responsabilidad legal (describa la relación legal _____) del paciente menor de edad y estoy autorizado/a a tomar decisiones sobre atención médica en nombre del paciente.
2. Autorizo a los proveedores de cuidados de la salud de Sutter Valley o Sutter Bay Medical Foundation a realizar lo siguiente:

[Marque la casilla]

- Autorización directa para la administración de la primera y la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-Biontech para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19).** Autorizo a Sutter Valley o Sutter Bay Medical Foundation a proporcionarle al paciente menor de edad atención y tratamiento médico en mi ausencia.
3. Esta autorización se brinda de acuerdo con las disposiciones de la Sección 6910 del Código de Familia de California.
 4. **Vigencia:** Esta autorización continuará vigente durante 60 días o hasta el ____ de 20 ____ . Podré revocar esta autorización en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento mediante una notificación escrita a Sutter Health.
 5. **Excepción:** Entiendo que el proveedor puede rechazar este consentimiento en cualquier momento si siente que es necesaria la presencia del padre, la madre o un tutor para realizar el tratamiento.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Sólo para uso de oficina	N°. de registro del paciente (MRN):
--------------------------	-------------------------------------