CITY OF LINCOLN NEBRASKA

LINCOLN-LANCASTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT
3131 "O" Street Lincoln, NE 68510-1514
402-441-8000 TDD: 402-441-6284 fax: 402-441-6229

LANCASTER COUNTY NEBRASKA
lincoln.ne.gov

CONSENTIMIENTO AUTORIZADO A SU REPRESENTANTE

Autorizo a las enfermeras y/o médicos del Departamento de Salud del Condado Lancaster de Lincoln, a llevar a cabo cualquier indicación médica, vacuna y/o evaluar a mi niño(a) _____ en mi ausencia, de acuerdo con el horario y las políticas del Departamento de Salud, las cuales he autorizado por escrito

Aún más, Yo por la presente designo a _____ (Adulto mayor de 19 años), como mi representante o tutor legal, con el propósito de autorizar y dar consentimiento para que el niño(a) arriba mencionado(a), reciba cuidado hospitalario y/o médico ante cualquier reacción a algún medicamento, enfermedad o lesión mientras esta persona esté bajo el cuidado de esta oficina médica y yo no esté disponible inmediatamente para dar tal consentimiento.

Alérgico(a) a: _____

Ultima vacuna del Tétanos Toxoide: _____

Médico Familiar: _____

Número de teléfono del Médico: _____

Dia _____ de _____de 20_____

_____
Firma del Padre o Representante Legal

_____
Dirección

_____
Teléfono

_____
Firma del Testigo

Esta declaración puede ser revocada por escrito en cualquier momento y expira después de los 60 días de haber sido firmada.

Revised 1/2018

LINCOLN LANCASTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT

DEVELOPMENT SERVICES CENTER DSC