

Ketchum Health  
5460 E. La Palma Ave,  
Anaheim, CA 92807



**AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN A MENORES DE EDAD 16-17 AÑOS**

---

Yo, padre/guardián legal de \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_ a través de la firma del  
Nombre del menor  
presente documento autorizo al Centro para el Cuidado de los Ojos para proveer atención medica y/o  
tratamiento en múltiples visitas sin mi presencia para el menor arriba mencionado, quien tiene como  
mínimo 16 años de edad.

La presente autorización es válida desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Declaro libremente que no iniciaré ninguna acción legal en contra del Centro para el Cuidado de los Ojos  
o contra ningún Doctor por la atención medica recibida basada en la presente autorización.

Este documento se hace efectivo hoy, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre(s)

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Testigo

**Información Médica Importante**

El padre/guardián puede ser ubicado en la siguiente dirección/teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Doctor familiar/general: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamento(s) que el menor esté tomando actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problemas médicos o alguna otra condición que requiera atención especial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explique cualquier otra situación sobre la cual el Doctor deba estar enterado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_