

**Health Care for a Minor Authorization**

Yo, \_\_\_\_\_ del condado de \_\_\_\_\_ ,  
Soy el padre que tiene la custodia legal de \_\_\_\_\_ un niño menor,  
Edad (age) \_\_\_\_\_ nacido en (born) \_\_\_\_\_. Yo autorizo a \_\_\_\_\_ ,  
un adulto en quien se ha confiado el cuidado del niño menor, y quién reside en \_\_\_\_\_ (an adult in whose care the  
minor child has been entrusted, and who resides at)

para hacer cualquier acción que pueda ser necesaria o apropiada para proporcionar atención de  
de salud al niño menor, incluyendo, pero no limitándose a, el poder (i) para proporcionar tal  
atención de salud en cualquier hospital u otra institución, o al empleando de cualquier médico,  
dentista, enfermera, u otra persona de quienes puedan necesitarse los servicios para dicha  
atención de salud, y (ii) dar consentimiento y autorizar cualquier atención de salud, incluso la  
administración de anestesia, radiografía, realización de operaciones, y otros procedimientos por  
médicos, dentistas, y otro personal médico excepto el de impedir o retirar los procedimientos que  
sostienen la vida.

Firmando aquí, indico que yo tengo la comprensión y capacidad de comunicar las decisiones de  
atención de salud y que estoy totalmente informado acerca de los contenidos de este documento  
y entiendo la importación plena de esta concesión de poderes al agente nombrado aquí dentro.

\_\_\_\_\_  
(SEAL)  
Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

STATE OF NORTH CAROLINA COUNTY OF \_\_\_\_\_

On this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , personally appeared before me the  
Named \_\_\_\_\_ , to me known and known to me to be the person  
Described in and who executed the foregoing instrument and he (or she) acknowledges that he  
(or she) executed the same and being duly sworn by me, made oath that the statements in the  
foregoing instrument are true.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

My Commission Expires:

\_\_\_\_\_  
(Official Seal)

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:

Interpreter Accepted \_\_\_\_\_  Interpreter Refused  
(Name/Number of Person/Services Chosen/Used)



**Autorización para la atención de salud a un menor**  
(Health Care for a Minor Authorization)

N.C.G.S. § 32A-34

900574 R 05/09/2017 EL0012

Name / MR # / Label