

AUTORIZACION DEL PADRE/MADRE PARA CUIDADO MEDICO Y CIRUGIA

A _____
NOMBRES DE LOS PETICIONARIOS

Yo, la persona que firma abajo, siendo el padre/madre de _____ ,
quien nació el _____ , un niño(a) menor de edad a quien usted(es)
ha(n) petitionado adoptar, por medio de la presente le(s) autorizo firmar cualquier consentimiento
para: cuidado médico, incluyendo cualesquier exámenes, tratamientos, procedimientos diagnósticos,
vacunas e inmunizaciones; y para la cirugía, cuando un doctor de buena reputación la declare
conveniente o necesaria. Esta autorización permanecerá vigente hasta que la adopción se otorgue
o hasta que al niño(a) se le quite del hogar de usted(es).

Fechado este día _____ de _____, 20 _____,

Firma(s) del padre/madre _____

Atestiguado por
