**AUTHORITY TO CONSENT BY PERSON OTHER THAN PARENT OR LEGALLY AUTHORIZED REPRESENTATIVE**

**AUTORIDAD PARA DAR CONSENTIMIENTO POR PARTE DE UNA PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO**

Children's Hospital Colorado requires a patient's parentor legally authorized representative ("LAR") be present at patient appointments. While it is important for the parent or LAR to be present for all visits, this is not always possible. This form may be used as a Power of Attorney ("POA") to allow another adult to serve as a substitute decision-maker ("Substitute") for you to consent for the patient's medical care, as allowed by C.R.S. § 15-14-105. This Form will remain in effect for the dates specified below, unless you revoke it.

Children's Hospital Colorado exige que el padre, la madre, o el representante legalmente autorizado ("LAR", *por sus siglas en inglés*) del paciente esté presente en las citas del paciente. Si bien es importante que los padres o el representante LAR estén presentes en todas las citas, esto no siempre es posible. Este formulario se puede utilizar como un poder notarial ("POA", *por sus siglas en inglés*) para permitir que otro adulto actúe como sustituto en la toma de decisiones ("Sustituto") para que dé su consentimiento para la atención médica, según lo permitido por los Estatutos Revisados de Colorado C.R.S. § 15-14-105. Este formulario permanecerá en vigor durante las fechas especificadas a continuación, a menos que usted lo revoque.

**I am the Parent or LAR of the minor child or incapacitated person named below.**
**Yo soy padre/madre o representante LAR del menor o persona con incapacidad nombrada a continuación.**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Print Parent/LAR Full Name<br>Imprima su nombre completo | My Relationship to Patient<br>Mi relación con el/la paciente |
| _____ | _____/_____/_____ |
| Print Patient's Full Name<br>Imprima nombre completo del/la paciente | Patient's Date of Birth<br>Fecha de nacimiento del paciente<br>(Mes/ día/ año) |

**I hereby authorize and appoint the following individual with the authority to consent for medical, dental, and mental health, and to act in my place as follows:**

**Por la presente autorizo y nombro a la siguiente persona con la autorización de dar consentimiento en materia de la salud médica, dental y mental y de actuar en mi lugar como se indica a continuación:**

_____
**Print Substitute's Full Name**
**Imprima El Nombre Completo Del Sustituto**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Substitute's Phone Number<br>Número de teléfono del sustituto | Relationship to Patient<br>Relación con el paciente |

**AUTHORITY TO CONSENT BY PERSON OTHER THAN PARENT OR LEGALLY AUTHORIZED REPRESENTATIVE**

**AUTORIDAD PARA DAR CONSENTIMIENTO POR PARTE DE UNA PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO**

**I authorize the Substitute to consent for the following care, condition(s), procedure(s), and/or treatment(s): Yo autorizo a la persona que me sustituye a dar su consentimiento para los siguientes cuidados, enfermedad(es), intervención(es) y/o tratamiento(s):**

- ☐ All medically necessary medical, dental, and mental health care, **or**
  Toda la atención médica, dental y de salud mental médicamente necesaria, **o**
- ☐ Only the following: (for example, emergency care, well-child check-up, dental cleaning and exam, etc.)
  Sólo lo siguiente: (por ejemplo, atención de urgencia, consulta de revisión general, examen y limpieza dental, etc.)
  List (*Indique en Inglés*): _____

**For the following date(s): Para la(s) siguiente(s) fecha(s):**_____
*Note: Unless otherwise stated, this Form is effective immediately once signed. If the patient is a minor (under 18), the dates listed must be no later than twelve (12) months from the date this Form is signed.*

*Nota: a menos que se indique lo contrario, este Formulario entra en vigor inmediatamente una vez firmado. Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), las fechas indicadas deben ser como máximo por doce (12) meses a partir de la fecha en que se firme este Formulario.*

**Limitations**: Identify any limitations on the kinds of health care services for which this authorization is given.
Limitaciones: Identifique cualquier tipo de limitación sobre los servicios de salud por los cuales se da esta autorización. List any limitations (*Indique en Inglés*): _____

By signing below, I authorize the Substitute to consent for medical, dental, and mental health care for the patient as stated above and as recommended by the treating health care providers. I understand that treating providers may still seek parent/LAR's verbal consent for major health care decisions. I consent to the sharing of the patient's protected health information and records with the Substitute. I agree to accept financial responsibility for all care and services delivered pursuant to this Form.

Al firmar a continuación, autorizo a mi Sustituto a dar su consentimiento para la atención médica, dental y de salud mental del paciente según lo indicado anteriormente y según lo recomendado por los profesionales de la salud encargados del tratamiento. Entiendo que los profesionales de la salud encargados del tratamiento pueden solicitar el consentimiento verbal del padre, la madre o el LAR para tomar decisiones importantes en relación con los cuidados de salud. Doy mi consentimiento para que se comparta la información médica protegida y expedientes del paciente con el Sustituto. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera de todos los cuidados y servicios prestados conforme a este Formulario.

| _____ | _____ | _____/_____/_____ |
|---|---|---|
| **Parent/LAR Signature**<br>**Firma del padre/madre/LAR** | **Parent/LAR Phone Number**<br>**Número de teléfono del padre/madre/LAR** | **Date Signed**<br>**Fecha de la firma (Mes/ día/ año)** |