

Shelby County Health Department

Nursing

20 W Polk St, Suite 202
Shelbyville, IN 46176

Phone (317) 392-6470
Fax (317) 392-6472



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Delegación de autoridad del padre / tutor legal

Fecha: _____

Para: Departamento de Salud del Condado de Shelby

Yo _____, el/la padre/madre o guardián legal de
(Padre/Guardian Legal, nombre completo)

_____, delego y doy mi consentimiento a las siguientes
(nombre completo del hijo/a)

Personas autorizadas para actuar en mi nombre como mi representante para mi hijo/a durante cualquier visita al Departamento de Salud del Condado de Shelby para vacunas, plomo, hemoglobina, pruebas de Tuberculosis y/u otros servicios de atención medica provistos por el Departamento de Salud.

Nombre de los delegados (por favor escriba legiblemente)

1. _____

2. _____

3. _____

Esta Delegación de Autoridad permanecerá vigente a menos que se revoque y se puede revocar en cualquier momento. Las revocaciones deben hacerse por escrito y enviarse al Departamento de Salud del Condado de Shelby.

Firma: _____

(Padre/Guardian Legal, nombre completo)

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Note: El Delegado y el Testigo deben tener 18 años de edad o más. Una copia legal de la firma del guardián debe ser incluida (ejemplo: ID del Estado)