

## **AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR**

El abajo firmante, padre, madre o tutor de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, menor de edad, autoriza a D. Ignacio San Juan Mollá,  
como representante de **NEWBEL new bridge to english learning, S.L.** (en adelante **NEWBEL**) a  
dar su consentimiento para la realización, en caso de juzgarlo necesario, de cualquier análisis, prueba  
de Rayos-X, diagnóstico anestésico, médico o quirúrgico, tratamiento o ingreso en un hospital,  
entendiendo que deberá ser realizado bajo la supervisión general de un médico o cirujano. El  
diagnóstico podrá llevarse a cabo en la consulta del especialista o cirujano correspondientes, o en un  
hospital.

Se entiende que esta autorización se establece antes de que sea preciso cualquier diagnóstico  
específico, tratamiento o ingreso en un hospital, con la finalidad de conceder autoridad y poder al  
representante de **NEWBEL** para que dé su consentimiento específico y se puedan realizar todos los  
diagnósticos, tratamiento o ingreso en un hospital que los ya mencionados médicos o cirujanos  
juzguen necesarios, atendiendo siempre a su mejor criterio.

Esta autorización es válida desde el 30 de junio de 2020 hasta el 27 de julio de 2020 y debe ir  
acompañada por la fotocopia del DNI de quien la firma.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

X

Firmado (nombre completo): \_\_\_\_\_ .  
(Padre, madre o tutor legal)