The CHILDREN'S HEALTH PLACE

Consentimento para tratar

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, Padre or tutor legal, por la presente doy mi consentimiento para cualquier atención médica y la administración de medicamentos y vacunas que médico determine que son necesarias para el bienestar de mi hijo/a mientras esté bajo el cuidado de:

Por favor, incluya su nombre, el nombre de otros padres, familiares y amigos que puedan acompañar a su hijo/a a las citas. Los hermanos de los pacientes deben ser mayores de 18 años para poder acompañarlos a las citas.

Imprimir nombre	**Relación con la niña/niño**

Fecha de vigencia: _____

Firma del Padre o tutor legal: _____

Imprimir nombre: _____