



## TRATAMIENTO A MENORES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

Muchas veces, los padres / tutores se encuentran incapaces de acompañar a sus hijos menores a las citas. Este formulario ha sido preparado para su conveniencia en caso de que no pueda acompañar a su hijo.

Elija una de las siguientes opciones a continuación.

- **Por la presente otorgo permiso al Dr. Matheson, al Dr. Sartori, al Dr. Harris, a la Dra. Henderson, a la Dra. Nakamura, y / o a Tara Burton, PA-C para evaluar y tratar a mi hijo, aunque no estén acompañados en esta fecha de servicio \_\_\_\_**
- **Por la presente otorgo permiso al Dr. Matheson, al Dr. Sartori, al Dr. Harris, a la Dra. Henderson, a la Dra. Nakamura, y / o Tara Burton, PA-C para evaluar y tratar a mi hijo a pesar de que no estén acompañados por un período prolongado de tiempo que no exceda un año a partir del \_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Por la presente otorgo permiso a la persona que se enumera a continuación para acompañar a mi hijo a su cita y tomar decisiones médicas (para incluir los procedimientos y tratamientos apropiados) para el niño/a mencionado anteriormente para esta fecha de servicio. \_\_\_\_\_ o por un período prolongado de tiempo no superior a un año a partir del \_\_\_\_\_ y expira el \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha