



AUTORIZACION PARA DAR TRATAMIENTO AL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LISTA DE PERSONAS (APARTE DE PADRES) QUE PUEDEN TRAER AL PACIENTE A SU CITA O QUE PODEMOS DAR INFORMACION DE LA SALUD DEL PACIENTE)

_____ RELACION _____

_____ RELACION _____

_____ RELACION _____

FIRMA DEL PADRE (GUARDIAN): _____

FECHA: _____

ESTE DOCUMENTO SE VENCE EN 12 MESES, O CUANDO SE ACTUALIZE SU INFORMACION, SOLO LOS PADRES O GUARDIANES DEL MENOR PUEDEN CAMBIAR LA INFORMACION A CUALQUIER MOMENTO.