

AUTORIZACIÓN 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 información de la salud del paciente.

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE DEL PADRE O MADRE EN LETRA DE MOLDE: _____

FIRMA DEL PADRE O MADRE: _____

FECHA: _____