

Consentimiento para el Tratamiento de un Niño Menor de Edad

Yo, en mi carácter de padre/madre o tutor de _____, solicito al Dr. _____ y a su personal a prestar los servicios médicos necesarios para mi hijo y los autorizo a hacerlo, incluso si yo no estuviera presente.

A continuación se enumeran las personas que están autorizadas a llevar a mi hijo para que reciba tratamiento:

Firma del Padre, la Madre, o el Tutor

Fecha y Hora

Testigo

Fecha y Pora