



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A NIÑOS MENORES DE EDAD

Yo, _____, padre o guardián legal
de _____, por la presente consiente cualquier atención
médica y tratamiento determinado por un médico para ser necesario para el bienestar de mi hijo mientras
dicho niño está bajo el cuidado de _____.

Esta autorización es efectiva desde _____ a _____

Firma del Padre o Guardián Legal _____

Firma de Testigo _____ Nombre del Testigo (por favor imprima) _____

***This consent form should be taken with the child to the hospital or
physician's office when the child is taken for treatment.***

Esta información ayudará en el tratamiento, pero no es obligatorio:

Domicilio del paciente _____

Teléfono: Padre (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Madre (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Fecha de Nacimiento _____ Tétanos: Sí Fecha _____

Alergias a medicamentos o alimentos: _____

Información importante _____

Médico del Niño: _____ Teléfono _____

Compañía de Seguro Principal: _____ N° de póliza: _____