

Consentimiento Para Menor

Nombre del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Nombre de los Padres o Guardian: _____

Por la presente doy mi permiso para el apoyo a los médicos y el personal para proporcionar la atención médica necesaria y el tratamiento a _____ que es menor de edad. Esta autorización expirará en el cumpleaños 18 del paciente.

Firma de los Padres o Guardián: _____

Fecha: ____/____/____