

Twin Pediatrics P.C.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Yo, _____ autorizo a _____
(Nombre de Padre/Tutor Legal) (Nombre)

_____, que traiga a _____
(Relacion al paciente) (Nombre de Paciente)

_____/_____/_____, para cualquier cita, tratamiento, medicamento, vacunas/inyecciones
(Fecha de Nacimiento)

que sean necesarias para el cuidado de mi hijo/a.

(Firma de Padre/Tutor Legal)

(Fecha)

(Signature of Twin Pediatrics Staff)

(Date)

**ESTA AUTORIZACION SE PUEDE REVOCAR POR ESCRITO EN CUALQUIER
MOMENTO. SE REQUERIRAN ACUTALIZACIONES PERIODICAS.**

Date updated: _____ Initials : _____

Signature & Id Verified?: Yes___ No___ Twin Pediatrics Staff Initials : _____

Date updated: _____ Initials : _____

Signature & Id Verified?: Yes___ No___ Twin Pediatrics Staff Initials : _____