

BEST ANGELS PEDIATRICS

7950 Cherry Ave. STE 105. Fontana, CA 92336. Phone: (909) 434-1657 Fax: (909) 231-6231

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA
TRATAMIENTO MÉDICO/
ASIGNACIÓN DE CUIDADOR

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Primer nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
Segundo nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___
Tercer nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Zip _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

1- Nombre del cuidador _____ Telefono (____) _____
2- Nombre del cuidador _____ Telefono (____) _____
3- Nombre del cuidador _____ Telefono (____) _____

El cuidador nombrado anteriormente actúa en lugar del padre y estará autorizado a dar su consentimiento para todo tratamiento médico y/o quirúrgico y/o otros procedimientos médicos (incluida la administración de anestesia, vacunas, pruebas de diagnóstico, examen físico, etc.) para el niño nombrado anteriormente, que puedan ser necesarios durante mi ausencia. Este consentimiento sirve como permiso para el tratamiento en las oficinas de Best Angels Pediatrics. Nota: No se requieren consentimientos en situaciones de emergencia. Acepto pagar todos los servicios proporcionados a mi hijo en mi ausencia. Esta autorización será efectiva hasta (Fecha): ___/___/___ a menos que yo la revoque antes por escrito a Best Angels Pediatrics.,

Nombre del Padre/Cuidador: _____ Telefono: (____) _____

Firma del Padre/Cuidador: _____ Fecha: ___/___/___