



ALLERGY & SLEEP MEDICINE

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A NIÑOS MENORES DE EDAD

Yo, _____, padre o guardián legal de _____, nacido (fecha de nacimiento) _____ 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 _____ (adulto con niño) de _____ (domicilio) Ciudad _____, Estado _____.

Seleccione uno:

- Esta autorización es efectiva desde _____ a _____.
- Esta autorización es efectiva desde la fecha firmada a continuación hasta que se revoque por escrito.

Yo reconozco que soy responsable de todos los cargos razonables en relación con el tratamiento prestado durante este período.

_____	_____
Firma del Padre o Guardián Legal	Fecha

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

Domicilio del paciente _____

Número de Teléfono de Padre/Guardián Legal: _____

Alergias a medicamentos o alimentos: _____

Médico del Niño: _____ Teléfono: _____