

PERMISO PARA EL TRATAMIENTO  
DE NIÑOS



NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

Si no puedo llevar a mi hijo a una cita médica o dental, doy permiso para que la persona(s) a continuación acompañe a mi hijo a las visitas a **Family First Health**. El / ella también pueden aprobar el tratamiento para mi hijo durante la visita, incluyendo las vacunas.

_____	_____
Nombre	Relación al Niño
_____	_____
Nombre	Relación al Niño
_____	_____
Nombre	Relación al Niño

Este permiso es validez por 1 año desde la fecha de la firma, a menos que lo cancele por escrito a **Family First Health**.

_____	_____
Padre/Tutor	Fecha
_____	_____
Firma de Testigo	Fecha

**PLEASE NOTE:** Sometimes, the doctor may decide that a parent must be present for certain visits.