



## PERMISO PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| Nombre del niño:        | Fecha de nacimiento: |
| Nombre del padre/tutor: |                      |

Si no puedo llevar a mi hijo a una cita médica o dental, doy permiso para que la(s) 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 valido por 1 año desde la fecha de la firma, a menos que lo cancele por escrito a ***Family First Health***.

|                         |              |
|-------------------------|--------------|
| _____                   | _____        |
| <b>PADRE/TUTOR</b>      | <b>FECHA</b> |
| _____                   | _____        |
| <b>FIRMA DE TESTIGO</b> | <b>FECHA</b> |

**POR FAVOR CONSIDERE:** En ocasiones, el médico puede decidir que el padre **ESTÉ** presente para determinadas visitas.