



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**.

_____	_____
PADRE/TUTOR	FECHA
_____	_____
FIRMA DE TESTIGO	FECHA

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