

Autorización para Proporcionar Servicios Médicos

Nombre del Niño (a) _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Seguro Social _____ Sexo _____

Dirección _____
(Número y Calle)

Ciudad Estado Código Postal

Estado Civil de los Padres: Casados Soltero Divorciado Viudo (a) Guardian

En Caso de una emergencia y si los padres no se encuentran, favor de llamar a:

Nombre: _____ # Tel _____ Relación _____

En mi ausencia, yo autorizo a la Oficina Médica de Winter Park Family Health Center a proporcionar servicios médico a nuestro hijo (a). Si en su opinión, si otro doctor necesita ser consultado o si es necesario quel el niño (a) tenga que ser hospitalizado, nosotros autorizamos que lo hagan.

Las siguientes personas están autorizadas a acompañar al niño (a) y a participar en los servicios médicos de la Oficina Médica de Winter Park Family Health Center:

Nombre: _____ # Tel _____ Relación _____

Nombre: _____ # Tel _____ Relación _____

Esta autorización es efectiva hasta que sea revocada o hasta la fecha de: _____