



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR (si aplica)

Nombre del Padre: _____ Fecha Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ (¿Se puede llamar? Si /No)

Nombre de la Madre: _____ Fecha Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ (¿Se puede llamar? Si /No)

Nombre del Guardián: _____ Fecha Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ (¿Se puede llamar? Si /No)

Contactos Para Emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____ #Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ #Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ #Teléfono: _____

Por favor haga circular todo lo que correspondia:

Divorcio Separación Legal Custodia Tutela Libertad Condicional Órdenes restrictivas

Problemas sobre divorcio, custodia, tutela, libertad condicional u órdenes de restricción requieren todos los documentos que presentará en la primera visita para verificar asuntos jurídicos o custodia del niño. Copias de estos documentos se mantendrán en el registro del menor.

Yo, (imprima su nombre) _____, soy (marque uno) madre padre tutor legal
de (nombre del menor) _____ y autorizo **Patients First** a proporcionar tratamiento
médico. _____ (inicial aquí)

Yo, (nombre) _____ autorizo a los contactos de emergencia para acompañar a mi hijo y autorizo
a **Patients First** a proporcionar tratamiento médico a dicho menor. También estoy de acuerdo que seré legalmente responsable de
pagar por el tratamiento de dicho menor a **Patients First**. _____ (inicial aquí)

Firma: _____ Fecha: _____
(Firma antes de recibir servicios)