

Desert Canyon Pediatrics P.C.

Telefono: 602-923-7730

Fax:602-923-7833

Autorizacion para que otra persona lleve a mi hijo(a) a consulta.

Permiso Para Tratamiento

Hoy Solamente

Nombre: _____ Relacion con el paciente _____
Nombre: _____ Relacion con el paciente _____
Nombre: _____ Relacion con el paciente _____

Hasta Nuevo aviso

Nombre: _____ Relacion con el paciente _____
Nombre: _____ Relacion con el paciente _____
Nombre: _____ Relacion con el paciente _____

Por favor entienda que no se le pondran las vacunas o se le haran estudios en la oficina sin la autorizacion de los padres o persona responsable.

Yo, _____ o persona responsable de _____ (nombre/
fecha de nacimiento) le doy permiso a _____ para que lleve a mi hijo (a)
a la consulta de hoy.

Yo doy mi autorizacion para que mi hijo (a) que es mayor de 16 anos vaya solo a su consulta:

Por favor entienda que por seguridad de su hijo (a) no se le pondran las vacunas o se le haran estudios si no esta un adulto con el paciente.

Yo, _____ o persona responsable de _____ (nombre/
fecha de nacimiento) le doy a Desert Canyon Pediatrics permiso a que le den
tratamiento medico sin que yo este presente .

Yo estare disponible para dar autorizacion por telefono para que le pongan vacunas/ o para cualquier estudio a los siguientes numeros de telefonos.siempre y cuando un adulto a compaⁿe a el paciente.

1.() _____
2.() _____

****Necesita pagar los co-pagos y deducibles el dia de la consulta. Por favor asegurese de que la persona que traiga a su hijo(a) a la consulta este preparado para pagar por la consulta.**

Firma de la Madre/Padre o persona responsable: _____
Fecha: _____