



CONSENTIMIENTO PARA BRINDAR TRATAMIENTO MÉDICO A UN MENOR
(CUANDO EL PADRE O EL TUTOR NO ESTÁN PRESENTES)

Fecha de hoy: _____

Yo, _____ le doy consentimiento a mi hijo/a
(Primer Nombre y Apellido)

_____ que reciba servicios médicos en la clinica PrimeCare
(Primer Nombre y Apellido)

Medical cuando con las personas designadas abajo cuando yo, otro padre, ó un tutor legal no este presente:

	Nombre:	Teléfono:	Relacion:
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Yo reconozco que los adultos designados estan autorizados para recibir informacion médica de mi hijo/a.

Yo reconozco que este consentimiento para brindar tratamiento médico sera valido por 1 año o hasta que yo u otro padre/tutor legal autorizado le presentemos una revocacion a PrimeCare Medical en person ó si el paciente cumple 18 años de edad durante el proximo año, lo que suceda primero.

X _____
(Firma del padre o tutor legal)

(Fecha)