



MEDICINA PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE

300 OLD RIVER ROAD, SUITE 105, BAKERSFIELD, CA 93311
TELÉFONO 661 663-4700 FAX 661 663-4740
1215 34TH STREET, BAKERSFIELD, CA 93301
PHONE 661-663-4700 FAX 661-489-3338
Correo electrónico: info@Bakersfield-Pediatrics.com

Child's Name: _____ DOB: _____

Child's Name: _____ DOB: _____

Child's Name: _____ DOB: _____

Esta es una forma de permiso para adultos (18 años y mayores) otros entonces los padres o tutores legales para llevar los hijos a la oficina para la atención médica y para dar su consentimiento para recibir tratamiento médico.

El propósito de este formulario es permitir que usted, el padre, la opción de nombrar a otros adultos a traer sus hijos a la oficina de Bakersfield pediatría para evaluaciones médicas y el tratamiento. Dará permiso para que estos adultos para discutir la historia médica personal de su hijo con el personal de Pediatría de Bakersfield según sea necesario y tomar ninguna decisión médica necesaria a la hora de la cita, sin excluir cualquier emergencia médica.

Esta autorización será válida a partir del _____ to _____ y debe renovarse anualmente.

Fecha	Padres	Nombre del adulto	Relación con hijo (s)

Esta forma puede ser modificada por escrito en cualquier momento a petición de los padres. Para quitar a un adulto de esta lista los padres deben hacerlo en la oficina.

Escriba el nombre del Padre Legal guarda relación a menores

Firma fecha