

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Las siguientes personas (que son mayores de 18 años de edad) tienen derecho a transportar a mi hijo/a, y tomar decisiones médicas y dentales, así como recibir información relativa en mi ausencia.

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

INDIVIDUAL

RELACIÓN AL PACIENTE

INDIVIDUAL

RELACIÓN AL PACIENTE

INDIVIDUAL

RELACIÓN AL PACIENTE

INDIVIDUAL

RELACIÓN AL PACIENTE

INDIVIDUAL

RELACIÓN AL PACIENTE

PADRES O GUARDIÁN

DATE

TESTIGO

DATE

FIRMA DEL MÉDICO

DATE