



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 **Peachtree Immediate Care** a proporcionar

tratamiento médico. _____ (inicial aquí)

Yo, (nombre) _____ autorizo a los contactos de emergencia para acompañar a mi hijo y autorizo

a **Peachtree Immediate Care** a proporcionar tratamiento médico a dicho menor. También estoy de acuerdo que seré legalmente

responsable de pagar por el tratamiento de dicho menor a **Peachtree Immediate Care**. _____ (inicial aquí)

Firma: _____ Fecha: _____

(Firma antes de recibir servicios)