

PERMISO O CONSENTIMIENTO PARA TRATAR MENORES DE EDAD

Yo (Nosotros) siendo el padre o guardian de _____ ,
un menor, con edad de _____ doy permiso, autorización y solicitud al Doctor _____
_____ para administrar el tratamiento que sea aconsejable, necesario o solicitado, en el paciente mencionado.

Yo (Nosotros) estoy de acuerdo de dejarlo libre y sin hacer ninguna demanda, por los daños y complicaciones que puedan resultar de tal tratamiento.

Firma _____
PADRE OR GUARDIAN

Fecha _____

Testigo _____