



Olga L. Gomez M.D., P.A.

Children's Clinic

Autorización y Consentimiento de Tratamiento Médico

Yo/nosotros _____ siendo el padre(s) guardián legal

de _____ (nombre del niño (a)) autorizo al cuidador a continuación a buscar, obtener y dar consentimiento para: (marque todo lo que aplique)

tratamiento de atención médica de rutina hospitalización atención y tratamiento médico de emergencia

vacunas preventivas procedimientos other: _____

para _____ (nombre del niño(a)) según lo considere necesario un médico o centro de atención médica autorizado profesional. Esta autorización es por el período de tiempo en que mi/nuestro hijo esté bajo el cuidado de:

Caregivers Information		
Full Name:	DOB:	Relationship to child:
Full Name:	DOB:	Relationship to child:
Full Name:	DOB:	Relationship to child:

Child's Information	
Child's Full Name:	DOB:

Parent/ Guardian's Information	
Parent/ Guardian's Full Name:	DOB:
Phone Number (C):	Phone Number (W):
Email:	

Parent/ Guardian Signature: _____

Date: _____