First Flight Health Centers™

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Para permitir que otra persona lleve a su hijo a una cita.

Debemos recibir el permiso de uno de los padres o del tutor legal de un niño **antes** de proporcionar tratamiento para una lesión o enfermedad que no ponga en peligro la vida. Este formulario le da permiso legal a nuestra oficina para tratar a su hijo en caso de que usted no pueda acompañarlo a su cita para el tratamiento. Si la persona que acompaña a su hijo (niñera, pariente, amigo) no presenta esta información, nos comunicaremos con uno de los padres o el tutor legal del niño antes de proporcionarle tratamiento.

Nombre del niño:_____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Le concedo a (*niñera, pariente, amigo*) **Nombre:** _____

N.º de teléfono: _____ permiso para autorizar el tratamiento y la colocación de vacunas apropiadas para la edad en _____.
escriba el nombre del centro de salud

Fecha de entrada en vigor _____
(*Fecha*)

☐ Solo por hoy

☐ Por un año a partir de la fecha de hoy

☐ Otro _____

Firma del padre, la madre o el tutor legal: _____

Fecha de hoy: _____

*** Este formulario firmado reemplaza a todos los formularios anteriores en vigor a partir de la fecha de firma de hoy ***

Información sobre el niño:

Alergias a medicamentos o alimentos: _____

Medicamentos especiales: _____

Otra información médica importante: _____