



12822 Veterans Memorial Drive
Houston, TX 77014
Tele: 832-779-3330
Fax: 832-779-2475
RainbowPediatricsHouston.com

Consentimiento para el Tratamiento de Menores

Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre impreso del padre/tutor legal: _____

Por la presente doy mi consentimiento a Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC y/o sus empleados para realizar cualquier examen, prueba de laboratorio, vacunación, diagnóstico médico o tratamiento según lo considere aconsejable.

Entiendo que esta autorización se da antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención médica específica que se requiera.

Este consentimiento se da a todos y cada uno de estos diagnósticos, tratamientos y atención médica que un médico con licencia en Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC recomienda.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que el padre o tutor legal la revoque por escrito.

Firmado: _____ Nombre impreso: _____

Fecha: ____/____/____ Relación con el paciente: _____