



# DeVito & Alvarado Pediatrics

www.dapedes.com

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a DeVito and Alvarado Pediatric Associates  
Padre/Madre/Tutor

P.L.L.C. a evaluar a \_\_\_\_\_  
Paciente

Por la presente autorizo el tratamiento, las inmunizaciones o los procedimientos necesarios. Al firmar a continuación, reconozco y autorizo la atención para el día de hoy y para futuras visitas, hasta que se indique lo contrario por escrito.

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a la(s) persona(s) que se indican a  
Padre/Madre/Tutor

continuación para traer a \_\_\_\_\_ a la oficina de DeVito and  
Alvarado Pediatric Associates P.L.L.C.

Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____

Por favor tenga en cuenta que no podremos atender a su hijo(a) a menos que una de las personas mencionadas anteriormente lo(a) acompañe a la consulta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

