



1114 Bell Shoals Rd
Brandon, FL. 33511
Phone (813) 940-8140
Fax (813) 940-8148

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor firme UNA de las opciones siguientes:

Yo autorizo a Kids' Corner Pediatrics, PLLC, Dr. Ever I. Rivera, u otro proveedor médico a proveer tratamiento a mi niño o a mí si tengo 18 años o soy un menor emancipado. En mi ausencia, las personas siguientes pueden traer a mi niño y proveer consentimiento para tratamiento.

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Firma de padre/madre ó guardián legal _____ Fecha _____

Yo autorizo a Kids' Corner Pediatrics, PLLC, Dr. Ever I. Rivera, u otro proveedor médico a proveer tratamiento a mi niño. En mi ausencia, y si no hay otro guardián legal presente, no autorizo que se le provéa tratamiento.

Firma de padre/madre ó guardián legal _____ Fecha: _____