

CACTUS CHILDREN'S CLINIC, P.C.

La(s) siguiente(s) persona(s) tiene(n) mi permiso para traer a _____,
Nombre del/de la niño(a)

_____, a *Cactus Children's Clinic, P.C.* para recibir atención médica y tratamiento.
Fecha de nacimiento

La(s) persona(s) que figura(n) a continuación también puede(n) recibir asesoría médica en persona o por teléfono sobre el paciente mencionado arriba. También podrá(n) recoger las recetas necesarias (incluyendo las de sustancias controladas), resultados de rayos x y de análisis clínicos. Tenga en cuenta que cualquier persona que recoja los formularios, recetas y sobres con resultados de rayos x/análisis clínicos debe ser mayor de 18 años y presentar una licencia de conducir vigente.

Esta declaración caducará en 12 meses a partir de la fecha de la firma.

Nombre _____	Nombre _____
Relación: _____	Relación: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____

Nombre _____	Nombre _____
Relación: _____	Relación: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____

La información anterior fue proporcionada por:

_____ Firma del padre o tutor legal	_____ Fecha
--	----------------

La(s) siguiente(s) persona(s) funge(n) solo como contacto de emergencia y no tiene(n) mi consentimiento para recibir información médica o financiera de mi hijo cuyo nombre se menciona abajo:

_____ Nombre	_____ Relación	_____ Número de teléfono
_____ Nombre	_____ Relación	_____ Número de teléfono