



AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO PARA UN MENOR

Por lo presente autorizo el personal y los médico(s)/(s) proveedor(es) de Vascular Health para administrar tratamiento médico/cuidado que estime necesarios para el siguiente niño:

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esta concesión de autoridad comenzará en la fecha de hoy _____ y permanecerá vigente hasta que finalice por el abajo firmante.

Nombre del Padre o Guardián Legal del Menor Paciente (Favor de Imprimir)

Firma Padre o Guardián Legal

Relación con Menor: _____

****Copia Para Los Padres or Guardián Legal****