

BEST KIDS CARE

Autorización de cuidado médico de menor

Yo _____ el padre o guardián legal del menor(es) nombrados abajo:

1. _____ Fecha de Nacimiento _____
2. _____ Fecha de Nacimiento _____
3. _____ Fecha de Nacimiento _____
4. _____ Fecha de Nacimiento _____
5. _____ Fecha de Nacimiento _____

Doy la autorización de tratamiento por Best Kids Care.

Por favor comprenda que la persona que no esté en esta lista y venga acompañada del menor debe tener un documento firmado por el padre o guardián legal que le permite al adulto acompañante recibir información para y del menor.

Nombre del adulto individual(es) que pueden traer al niño(a) para tratamiento médico.

- _____
- _____
- _____

Nombre del adulto individual(es) que no pueden recibir información. Por favor traerlo a la atención de la recepcionista.

- _____
- _____

Numero(s) de teléfono donde el padre o guardián legal puede ser contactado(s).

Número de Teléfono ()

Número de Teléfono ()

X

Firma del Padre y Relación con el Menor

Fecha: _____