



Permiso Para Atender

Yo, el padre/madre suscrito: _____,

Por este medio doy la siguiente persona designada para el poder de dar su consentimiento en mi ausencia a la atención médica (cualquier tratamiento médico, procedimientos de oficina inyecciones de vacunas o medicamentos, y las evaluaciones físicas de salud o enfermedad) para mi hijo (s):

Nombre de la persona designada (sólo una por forma): _____

Nombre del Niño (s) y fecha de nacimiento:

____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____

Este Permiso para tratar vence un año desde la fecha de firma y sólo puede ser revocada con mi firma. Entiendo que este acuerdo tendrá que ser renovado anualmente.

Firma: _____

Fecha: _____

Witness Signature: _____

Date: _____

Cultivating Healthy Lives!

Clarisa I. Smith, MD

3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314

o. 928.458.5470 | f. 928.458.5979

YavapaiPediatrics.com