



# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR

(si aplica)

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# Teléfono: \_\_\_\_\_ (¿Se puede llamar? Si /No )

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# Teléfono: \_\_\_\_\_ (¿Se puede llamar? Si /No )

Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# Teléfono: \_\_\_\_\_ (¿Se puede llamar? Si /No )

### Contactos Para Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ #Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ #Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ #Teléfono: \_\_\_\_\_

### Por favor haga circular todo lo que correspondia:

Divorcio    Separación Legal    Custodia    Tutela    Libertad Condicional    Órdenes restrictivas

*Problemas sobre divorcio, custodia, tutela, libertad condicional u órdenes de restricción requieren todos los documentos que presentará en la primera visita para verificar asuntos jurídicos o custodia del niño. Copias de estos documentos se mantendrán en el registro del menor.*

Yo, (imprima su nombre) \_\_\_\_\_, soy (marque uno)    madre    padre    tutor legal

de (nombre del menor) \_\_\_\_\_ y autorizo **Urgent MedCare** a proporcionar tratamiento

médico. \_\_\_\_\_ (inicial aquí)

Yo, (nombre) \_\_\_\_\_ autorizo a los contactos de emergencia para acompañar a mi hijo y autorizo

a **Urgent MedCare** a proporcionar tratamiento médico a dicho menor. También estoy de acuerdo que seré legalmente responsable de

pagar por el tratamiento de dicho menor a **Urgent MedCare**. \_\_\_\_\_ (inicial aquí)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma antes de recibir servicios)