

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

## Professional Eye Associates

### Pre-Autorización de Padres para la Atención Médica de los Niños

Solicito (solicítanos) y autorizo la Practica y sus empleados para proporcionar atención médica a mi niño/niña:

Nombre del niño/la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor comuníquate con nosotros sobre la atención médica de nuestro niño/niña a los numeros escrito abajo:

Nombre de la madre/tutor: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro relación: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firme de padre o guardián: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Pon el nombre, la relación y el numero de teléfono de otros que está autorizados para traer su niño/niña a la cita. Si alguien lleva su niño la cita que no está autorizado buscar el tratamiento medica para el niño, necesitaremos mover la citaa otra fecha cuando uno de los padres está disponible.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AVISO:** Si una relación especial del padre o la guardián existe (por ejemplo solo un padre o guardián tiene custodia del niño/niña ordenado por el corte o el niño/niña no tiene padres legítimos) por favor espliqué abajo con su firma, nombre escrito, y número de teléfono donde podemos comunicarnos con usted.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firme de padre o guardián: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_