

# Autorización para Proporcionar Servicios Médicos

Nombre del Niño (a) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Número y Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

**Estado Civil de los Padres:    Casados    Soltero    Divorciado    Viudo (a)    Guardian**

En Caso de una emergencia y si los padres no se encuentran, favor de llamar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ # Tel \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

En mi ausencia, yo autorizo a la Oficina Médica de Winter Park Family Health Center a proporcionar servicios médico a nuestro hijo (a). Si en su opinión, si otro doctor necesita ser consultado o si es necesario quel el niño (a) tenga que ser hospitalizado, nosotros autorizamos que lo hagan.

Las siguientes personas están autorizadas a acompañar al niño (a) y a participar en los servicios médicos de la Oficina Médica de Winter Park Family Health Center:

Nombre: \_\_\_\_\_ # Tel \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # Tel \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Esta autorización es efectiva hasta que sea revocada o hasta la fecha de: \_\_\_\_\_