



300 Dawson Commons Circle, Suite 320 · Dawsonville, GA 30534

Tel: (706) 216-2771 · Fax: (706) 216-2944

CONSENTIMIENTO A TRATAR

El permiso se da por este medio para que el paciente (_____) reciba cualquier procedimiento, radiografías, droga o pruebas de laboratorio, medicamento o examen médico/quirúrgico como juzgue necesario por los médicos. Por ser un menor de edad, tienen mi permiso de tratarlo.

Porfavor de poner sus iniciales:

_____ Autorizo por este medio para Dawson Pediatrics, PC obtener informes médicos de cualquier otro médico o facilidad médica necesaria en el transcurso del tratamiento de mi hijo(a).

_____ Firmando este documento, me reconozco he recibido y leído el aviso de Dawson Pediatrics, PC de las prácticas de la aislamiento y el derecho individual.

_____ Autorizo me dejen mensajes en la contestadora de mi telefono con referencia a mi hijo(a).

Nombre de Nino: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre(s): _____

Firma: _____ Fecha: _____