

## Autorización para Tratamiento

**Por favor, planifique asistir con su niño/a a cada visita.** Podemos proveer mejor cuidado y contestar sus preguntas cuando hablamos con usted directamente acerca de su niño/a.

En el caso de que usted no pueda asistir a una cita, asegúrese que el adulto nombrado en esta forma sepa todos los datos de su niño/a y que le informará a usted lo que ha sucedido en la cita.

Por favor complete la siguiente información para nuestros registros.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi autorización para que  
Nombre del padre o guardián legal

\_\_\_\_\_, O \_\_\_\_\_,  
Nombre de amigo/familiar Nombre de amigo/familiar

O \_\_\_\_\_, O \_\_\_\_\_,  
Nombre de amigo/familiar Nombre de amigo/familiar

que busque cuidado médico para mi hijo/a mencionado/a a continuación. Esto incluye pero no está limitado a obtener recetas medicas y autorización para vacunas, medicamentos y procedimientos.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
(iniciales) También autorizo a Grace Health a revelar y discutir toda información

médica acerca de mi niño/a a las personas mencionadas anteriormente.

Este permiso es efectivo de hoy en adelante hasta que yo lo cancele o haga algún cambio.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha