

Minor Consent

Para menores de 18 años

Autorizo que mi menor _____, nacido el _____
sea examinado _____ (fecha) por Boston Children's Health
Physicians, LLP.

Solo o acompañado a la cita médica:

___ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado sin ir
acompañado.

___ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado únicamente si
va acompañado por _____ y el personal médico
de CWPW.

Solo o acompañado en la sala de examen:

___ Mi hijo o hija menor de edad puede ser examinado y recibir
tratamiento en la sala de examen sin ir acompañado de ninguna
persona.

___ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado y recibir
tratamiento en la sala de examen únicamente si va acompañado
por _____ y el personal médico de CWPW.

___ Autorizo cualquier examen, procedimiento y/o vacunas para mi hijo
o hija menor de edad como parte del tratamiento médico.

Esta autorización es válida a partir de la fecha o período de tiempo

Firma del padre o tutor _____

Nombre _____
(en letra imprenta)