

**Autorizacion para Evaluacion y/o Tratamiento de un Menor/Paciente no  
acompañado por un Padre y/o Tutor**

Un padre o tutor "DEBE" acompañar a cualquier niño/a menor de 18 años de edad para dar su consentimiento para todo tratamiento medico y/o quirurjico proveido por el Dr. Charles Pittle o Dr. Amy Bodart .

Por favor llene esta forma si su niño/a va a venir a una cita, para tratamiento o un procedimiento, sin un padre o tutor.

**Nombre del paciente menor :** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento :** \_\_\_\_\_

**Direccion:** \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado,Codigo

**Postal:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_

**Autorizacion para que otro individuo acompañe al paciente menor de 18 años de edad.**

El consentimiento por escrito es valido por el period de tiempo de : \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ . (No superior a un año) en el cual un nuevo consentimiento sera requerido. Este consentimiento puede ser revocado por mi a cualquier tiempo por escrito.

**Yo autorizo** \_\_\_\_\_ ,  
**(Nombre complete de persona siendo autorizada) ( Parentezco con el paciente)**

a dar consentimiento para todo tratamiento medico y/o quirurjico por el Dr. Charles Pittle y/ Dr. Amy Bodart de parte de mi niño/a mencionado arriba.

El individuo nombrado arriba puede tambien recibir resultados de exámenes e informacion adicional pertinente al cuidado y tratamineto de mi niño/a menor.

Yo entiendo que todavia soy financieramente responsable de todos los gastos medicos incurridos por mi niño/a durante estas citas.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre y/o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de molde del Padre y/o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**# de Telefono (en caso de Emergencia)**

**Este consentimiento es valido por el periodo de tiempo especificado y/o  
tiene un maximo periodo de tiempo efectivo de (1) año de la fecha de la  
firma.**