



LA CLINICA DEL NIÑO, P.C
3780 Holcomb Bridge Rd
Norcross, GA 30092 —
770-263-9101

Venho por meio desta, voluntariamente solicitar assistência médica a La Clinica Del Niño para meu(s) filho(s), citados na minha aplicação para registro. Também autorizo e dou minha permissão e consentimento a todos os prestadores de serviços empregados por La Clinica Del Niño para utilizarem procedimentos de diagnóstico que considerem necessários para o tratamento adequado de meu(s) filho(s). Também estou ciente de que posso a qualquer momento recusar cuidados médicos para meu(s) filho(s), aceitando assim plena responsabilidade por esse ato ou declaração de recusa.

Entendo que, nenhum serviço é prestado por La Clinica Del Niño nos horários noturnos, aos sábados, domingos e feriados e que, caso seja necessário tratamento médico dentro desses horários, vou procurar o mesmo em algum hospital que forneça serviços de Emergência.

Reconheço o direito de La Clinica Del Niño e seus funcionários de, por motivo e causa adequada, recusarem-se a iniciar ou continuar cuidados médicos ou serviços para meu(s) filho(s).

Certifico que eu sou legalmente habilitado(a) a assinar esta declaração ou autorização para tratamento.

Assinatura do solicitante _____ Data _____
Aceito os termos acima.

Eu, _____ autorizo as seguintes pessoas a
Nome do representante legal
trazerem a _____ para tratamento de acordo com o que
Nome da criança

estabelece este acordo. Este tratamento inclui todas as vacinas, incluindo mas não limitado a: Varicela, Rotavirus, DtaP, IPV, MMR, TB como PPD, Hib, Tdap, MCV, HepA, HepB, POV.

Relação com a criança:

Relação com a criança:

Relação com a criança:

Relação com a criança:

Assinatura do representante _____ Data _____

Relação com paciente: _____