



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

Por medio de la presente estoy solicitando de manera voluntaria los servicios y atención médica por parte de La Clínica del Niño, para mi hijo(a) tal cual como está registrada en la planilla de la clínica.

Yo doy mi permiso y mi consentimiento a todo el personal que trabaja en La Clínica del Niño a diagnosticar y llevar a cabo cualquier procedimiento que se considere necesario para que mi hijo(a) tenga una atención médica apropiada. Igualmente entiendo que podría en algún momento rechazar cualquier atención médica que sea necesaria para mi hijo (a), y por ende acepto responsablemente y firmemente mi decisión.

Además, entiendo que La Clínica del Niño no presta servicios médicos durante las noches, o el fin de semana y durante los días que son feriados, por ende si mi hijo (a) necesita tratamiento médico, mientras la Clínica esta cerrada, voy a buscar atención medica en el hospital de emergencia para ese día o noche en particular.

Yo reconozco que la Clínica del Niño, y/o sus empleados, tienen por causas debidamente justificadas, el derecho de negarle a iniciar o continuar atención medica a mi hijo (a) o hijos(as).

Certifico que estoy legalmente autorizado(a) para firmar esta declaración de permiso para recibir tratamiento.

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas a
(Nombre del representante legal)

_____ Relación con el paciente _____

_____ Relación con el paciente _____

_____ Relación con el paciente _____

Que traigan a mi hijo (a) _____ a esta clínica para ser tratado de acuerdo a lo que establece este formato. Este tratamiento incluye todas las vacunas incluyendo pero no limitado a: Varicella, Rotavirus, DTaP, IPV, MMR, TB como PPD, HIB, Tdap, MCV, HepA, HepA, HepA, HepB, POV

Firma del representante legal _____ Fecha _____
(Entiendo lo antes expuesto)

Relación con el paciente _____