



2050 Progress Way
Woodburn, OR 97071
Ph 503-981-5348 Fax 503-981-0423
www.woodburnpediatric.com

CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA PARA EL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO: Esta autorización es únicamente válida para **citas urgentes** de último momento. **(Este no incluye las citas de examen físico y de seguimiento.)** Este formulario autoriza a la gente mencionada para dar su consentimiento para todo tratamiento médico o quirúrgico que pueda necesitar su niño/a durante su ausencia. También autoriza a las personas nombradas para hacer, cambiar, y/o cancelar las citas médicas, recoger formas y recetas del paciente.

Yo autorizo a esta persona/s:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Yo NO autorizo a ninguna otra persona.

Este consentimiento es válido por 2 años desde la fecha en que se firmó, al menos que sea revocado por los Padres.

Nombre del Padre/Madre: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____