



Children's Assistance Resources & Education
A Program of the Chandler Unified School District
Healthy Children, Better Communities

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DE UN MENOR

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | |
|---------------------|--------|--|
| _____ | _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Apellido | Nombre | |
| _____ | _____ | |
| Fecha de Nacimiento | Edad | |
| Mes / Día / Año | | |

Yo, padre o tutor legal del menor arriba mencionado, autorizo a la Clínica de Niños de Chandler CARE Center y todas las personas que trabajan como agentes del mismo; todos los doctores o dentistas al quien dicho menor de edad es enviado para tratamiento médico o dental, para dar todo tipo de diagnóstico, tratamiento preventivo, terapéutico, médico o dental a dicho menor. Además; doy mi consentimiento al Chandler CARE Center para que compartan la información médica a todos los patrocinadores de la Clínica y con el personal del Distrito Escolar.

Este consentimiento quedara en vigor hasta que sea revocado por escrito y enviado al Chandler CARE Center.

| | |
|---------------|-------|
| _____ | _____ |
| Padre o Tutor | Fecha |
| _____ | _____ |
| Testigo | Fecha |