



MAYFIELD

1915 E. Mayfield Rd., Ste. 115
Arlington, TX 76014
Tel: (682)276-6700

PIONEER

929 W. Pioneer Pkwy, Ste. A
Grand Prairie, TX 75051
Tel: (972)641-3363

BALLPARK

1900 Ballpark Way, Ste. 106
Arlington, TX 76006
Tel:(817)704-7339

Designación de Padres para Consentir acerca de la Salud

Declaro que soy / somos los padres del niño(a) nombrado abajo. Estoy de acuerdo en que no hay órdenes judiciales en vigencia que prohibirían el poder que ahora buscamos autorizar.

Yo, _____ (padre / tutor legal), no puedo acompañar a mi hijo,
_____ (nombre del niño(a) y fecha de nacimiento), a Rainbow Children's Clinic.

Por lo tanto, yo designo _____ ("designado") para dar consentimiento a los servicios de salud para el niño nombrado arriba.

Esta designación será válida desde _____ hasta _____ (máximo de seis meses).

El designado del niño(a) mencionado arriba está autorizado a:

- _____ Consentimiento para recibir inmunizaciones
- _____ Consentimiento para recibir atención general de salud, incluyendo examen y tratamiento
- _____ Consentimiento para recibir pruebas de desarrollo
- _____ Consentimiento para recibir examen y / o tratamiento de salud mental

Firma de Padre(s)

Fecha

Nombre de padre(s)

Número de teléfono

Dirección de los padres