



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. Este formulario debe entregarse con una identificación con foto de Padre o Tutor Legal.

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 síes mieses).

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