



---

**PERMISO PARA AUTORIZAR CUIDADO**

A Quien Le Corresponda:

**Yo, el padre firmante o guardian legal, concedo al siguiente individuo(s):**

**Nombre:**

**RELACION AL NIÑO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

permiso que autorize al Centro de Salud y Bienestar (Doctor/ Enfermero/ PA/ ARNP, etc.) que le provee cuidado rutinario (normal) o de emergencia como ellos vean necesario dentro del mejor interes y salud de mi niño:

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Seguro Social #:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Esta autorizacion se mantendra en efecto hasta que sea revocada por mi.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardian Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Verificacion de la Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**