



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A NIÑOS MENORES DE EDAD

Yo, _____, por la presente doy mi consentimiento para cualquier
nombre del padre o tutor legal

atención médica y tratamiento que un médico determine necesario para el bienestar

de mi hijo, _____, fecha de nacimiento ____/____/____, mientras esté
nombre del paciente MM DD YYYY

bajo el cuidado de **Tozer Lee Eye Center**, y no esté razonablemente disponible por teléfono para dar mi consentimiento.

Esta autorización es efectiva a partir de ____/____/____ hasta ____/____/____.
MM DD YYYY MM DD YYYY

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Dirección de la familia: _____

Teléfono del Padre/Tutor: _____

Witness Signature