



PIEDMONT
FAMILY • PRACTICE

493 Blackwell Rd Ste 202, Warrenton VA 20186 - (Tel) 540 347-4400

Deje que nuestra familia cuide de su familia

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

En ausencia de un padre o tutor legal yo

Acepto

No acepto

dar permiso para que el paciente menor con nombre mencionado sea visto y tratado por los proveedores de Piedmont Family Practice. Este permiso permanecerá en vigencia hasta el momento en que el menor tenga 18 años de edad o revoque el permiso por escrito y la revocación sea recibida por la práctica familiar de Piedmont. Entiendo que el hecho de no dar mi consentimiento puede resultar en la negativa a ver a mi hijo/a en ausencia de un padre o tutor legal.

Padre/tutor legal

La Fecha