

LiveWell

MEDICAL CLINIC

343 El Camino Real, Suite 1, South San Francisco, CA 94080
P.650.873.3338 F.650.873.3308

Permiso del Tratamiento Médico para Menores de Edad

Yo _____ (Madre/Padre) De _____
con (fecha de nacimiento) _____, le doy permiso a mi hijo/a para venir solo/a a su
cita médica a LiveWell Medical Clinic a ver Dr. María Osmeña y/o Dr. Meghan Trojnar hoy y/o
cualquier visita en el futuro, si yo no puedo acompañar mi hija/hijo para revisiones médicas u
otras emergencias médicas. Autorizo a mi hijo/a para hacer las decisiones en mi lugar con
respecto al tratamiento médico, medicamento, y las vacunas.

(Indique por favor e iníciale)

Válido **Sólo** para la visita de hoy: _____ (Fecha de cita): _____

Válido para cualquier visita en el **Futuro**: _____

Tratamientos:

(Por favor iníciale a todo que aplica)

1. Tratamiento de medico/medicina _____
2. Vacunas _____

Firma de padre/madre: _____

Imprima nombre de Padre/madre: _____

Fecha de hoy: _____