

# 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 por Guardián Legal

Yo \_\_\_\_\_ (Madre/Padre) De \_\_\_\_\_ con  
(fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_, doy permiso a la persona siguiente (nombre)  
\_\_\_\_\_ (relación a paciente) \_\_\_\_\_, Para traer a mi  
niña/o a LiveWell Medical Clinic a ver Dr. Maria Osmeña y/o Dr. Meghan Trojnar, hoy y  
cualquier visita en el futuro, si yo no puedo acompañar mi hija/hijo para revisiones médicas u  
otras emergencias médicas. Autorizo a esta persona a hacer las decisiones en mi lugar con  
respecto al tratamiento médico de mi niña/o, las medicinas, y las inmunizaciones. Comprendo  
que la persona que tiene mi consentimiento para llevar a mi niña/o a la cita es un adulto sobre la  
edad de 21 y que traerá una identificación válida el día de la cita, y también la tarjeta de la  
aseguraza de mi niña/o

(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. Immunizations \_\_\_\_\_

**Firma de padre:** \_\_\_\_\_

**Imprima nombre de Padre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

