Marana Health Center

Forma a Secundario de Liberacion de Menores

La confidencialidad de informacion medica de nuestros pacientes es muy importante. Nosotros entendemos que probablemente hay circunstancias en cuando alguien necesitara cuidar a su hijo/hija. Para poder habilitar el major cuidado medico possible. A Nosotros nos gustaria que usted nos puede proporcionar la siguiente informacion.

Por favor denos una lista de cualquier persona que tenga su permiso de saber sobre el cuidado medico de su hijo/hija. Este permiso va incluir citas, decisions medicas, y autorizar tratamiento, autorizacion para solicitar los resultados de examenes, etc.

☐ Yo mismo de: _____
Telefono Numero de mensaje Trabajo Otro

☐ Esposo/Esposa:_____ Telefono: _____

☐ Nino: _____ Telefono: _____

☐ Padres: _____ Telefono: _____

☐ Abuelos: _____ Telefono: _____

☐ Otra Persona: _____ Telefono: _____

_____Yo le doy permiso para que mi hijo/hija visite un medico sin la presencia
Si / No de un adulto.

_____ _____
Nomber del Paciente Fecha de Nacimiento

_____ _____
Firma de Padre/ Guardian Legal Fecha