



Gabriel C. Millar, M.D., P.A.
Pediatric and Adolescent Medicine

Formulario de Autorizacion Medica de Menores

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas para dar autorizacion medica sobre mis hijos/hijas en esta oficina.

Yo entiendo que soy responsable sobre el tratamiento y servicio autorizado por mis representantes.

Yo entiendo que puedo ponerle termino a esta forma. Yo debo notificar a esta oficina sobre el termino de esta autorizacion en forma escrita y con fecha de termino.

NOMBRES DE REPRESENTANTES

RELACION

NOMBRE DE PACIENTE

EDAD

FIRMA: _____

RELACION CON PACIENTE: _____

FECHA: _____