

Jeffrey R. Horwitz, MD
Michael D. Josephs, MD
Tory A. Meyer, MD
Julie I. Sanchez, MD
Robert D. Schlechter, MD
Mark B. Smith, MD

Austin Pediatric Surgery

Consentimiento para el tratamiento en la Ausencia de Guardian Legal

Fecha: _____

Yo, _____, como Guardian Legal del paciente
(nombre de guardian)

_____ fecha de nacimiento _____
(nombre de paciente)

por lo presente doy permiso para que _____ pueda
(parte responsable)

tomar mi decision medica / legal para evaluacion y el tratamiento por los proveedores de Austin Pediatric Surgery.

Este permiso/autorizacion durante mi ausencia es solo por esta fecha especifica de servicio _____.

Firma de Padre/Madre

Firma de Parte Responsable