ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y DENTAL DE RUTINA DEL NIÑO(A)

(Para Padres o Guardianes/Tutores)

Yo, _____ por la presente doy mi consentimiento
NOMBRE

para la atención médica y dental de rutina del niño(a) o niños listado(s) abajo mientras estén bajo el cuidado de _____ o cualquier persona o agencia
(NOMBRE DE LA AGENCIA)

que actúe como el agente _____
(NOMBRE DE LA AGENCIA)

Esta atención médica puede incluir exámenes médicos, inmunizaciones contra enfermedades contagiosas y cualquier examen necesario que en opinión del médico designado por la agencia se considere necesario y sea aconsejable.

Esto no incluye el derecho de realizar operaciones quirúrgicas sin mi consentimiento adicional, excepto en el caso de una emergencia y cuando no se me pueda localizar, después de haberse hecho un esfuerzo para localizarme.

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA:	PARENTESCO:
TESTIGO(A):	FECHA: