



happy kids *pediatrics*

## MEDICAL AUTHORIZATION

PATIENTS NAME: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ mother/father give permission to \_\_\_\_\_ to bring my son/ daughter to the doctor and make healthcare decisions needed for my son/daughters care.

(VALID FOR 6 MONTHS ONLY)

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ madre/padre, le doy permiso a \_\_\_\_\_ para traer a mi hijo/ hija al médico y tomar decisiones necesarias para el cuidado de salud de mi hijo/hija.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

(VALIDO POR 6 MESES SOLAMENTE)