



CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO PARA MENORES DE EDAD

Yo, _____,

Padre o tutor legal de _____, Fecha de nacimiento ___/___/___

Por la presente, doy mi consentimiento para cualquier atención médica y la administración de vacunas que un médico considere necesarias para el bienestar de mi hijo/a mientras esté bajo el cuidado de _____, Fecha de nacimiento ___/___/___ . La relación con mi hijo/a siendo _____. Esta autorización entra en vigor desde el ___/___/___ hasta la fecha de ___/___/___, al menos que yo, como padre o tutor legal de este/a hijo/a, especifique lo contrario.

Firma del padre o tutor legal

___/___/___
Fecha

NO doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba vacunas ni procedimientos especiales durante su visita.

Firma del padre/madre o tutor legal

___/___/___
Fecha

Número de teléfono del padre/madre o tutor legal: _____

Información médica del niño/a:

Alergias a medicamentos o alimentos: _____

Medicamentos: _____

Afecciones médicas: _____

Contacto de Emergencia: _____

Número de teléfono: _____ Parentesco: _____