



Yo _____, soy el padre legal/o guardián de _____, fecha de nacimiento _____, un paciente bajo cuidado de Conyers Pediátricas.

En el evento que yo no pueda acompañar lo(a) a Conyers Pediátricas. Yo autorizo la siguiente persona(s) que sirva como mi representante y traer a mi hijo(a) a la oficina para tratamiento incluyendo pero no limitado a reexaminación, inyecciones, vacunas, y otros procedimientos diagnósticos, incluyendo rayos-x y laboratorios. Yo autorizo a Conyers Pediátricas, sus doctores y empleados, que provean información medica a la(s) siguientes persona(s) pertinente a mi hijo(a) y su cuidado inmediato, y autorizo tratamiento para mi hijo(a) como si yo estuviese presente.

Esta autorización es válida por un año de la fecha que fue firmada y debe ser actualizada cada año.

Nombre
(Name)

Relación con el niño(a)
(Relation to child)

Nombre
(Name)

Relación con el niño(a)
(Relation to child)

Nombre
(Name)

Relación con el niño(a)
(Relation to child)

Padre/Madre/Guardián
(Father/Mother/Guardian)

Fecha
(Date)

To be completed by Conyers Pediatrics

The parent or guardian of _____ is not present. By signing below, we verify that this form has been read to _____, the parent or guardian, and verbal permission has been granted over the telephone for treatment as determined by the physician, including but not limited to laboratory tests, xrays, injections, immunizations, etc.

This the ___ day of _____.

Employee Name

Title

Employee Name

Title