



Nombre:

Historia #:

Fecha de Nacimiento:

NSS #:

## Teche Action Board, Inc.

Franklin, Louisiana

### Formulario de Tratamiento para el Consentimiento del Padre Ausente

**Yo, \_\_\_\_\_ soy el tutor legal para el paciente antes mencionado y yo autorizo a las siguientes personas para acompañar a mi hijo en mi ausencia para recibir tratamiento medico ed Teche Action Clinic. Al firmar esta autorización, yo concede permiso para que los listados individuos a que firmen cualquier documentos legales tales como los consentimientos, la liberación de las formas de información, etc. Esta autorización será válida por 1 año. Si Tengo que hacer algún cambio en las personas autorizadas, debo informar Teche Action Clinic inmediatamente por escrito.**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor / Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo:



Your Primary Care Medical Home