

Children's Heart Specialists, PSC

Consentimiento Para Evaluación Médica

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Yo autorizo al Dr. Juan Villafañe y a Children's Heart Specialists, P.S.C., a evaluar y a examinar a mi niño(a) sin yo estar presente.

En caso de emergencia, se me puede contactar al número telefónico _____ o a mi celular _____.

Los pacientes menores de 17 años necesitan estar acompañados por un adulto.

Nombre del adulto que acompañará al paciente: _____

Firma: _____

(Padre o tutor legal)

Fecha: _____