



UN SERVICIO DEL DISTRITO DE ATENCIÓN DE SALUD DE MORONGO BASIN

760-365-9305

AUTORIZACIÓN PARA ADULTOS/TUTORES ALTERNOS PARA VISITAS A LA CLÍNICA

El suscrito padre/madre/tutor por la presente otorga consentimiento para que las personas incluidas en la lista lleven al niño / paciente menor de edad a las visitas al consultorio en Morongo Basin Community Health Center.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Personas autorizadas:	Frecuencia de autorización:
Nombre de personas autorizadas:	Autorización es válida para:
Dirección:	Solo una vez
	6 meses _____
Número de teléfono:	1 año _____
Relación con el niño:	Indefinidamente
Nombre de personas autorizadas:	Autorización es válida para:
Dirección:	Solo una vez
	6 meses _____
Número de teléfono:	1 año _____
Relación con el niño:	Indefinidamente
Nombre de personas autorizadas:	Autorización es válida para:
Dirección:	Solo una vez
	6 meses _____
Número de teléfono:	1 año _____
Relación con el niño:	Indefinidamente
Nombre de personas autorizadas:	Autorización es válida para:
Dirección:	Solo una vez
	6 meses _____
Número de teléfono:	1 año _____
Relación con el niño:	Indefinidamente
Firma del padre/madre/tutor	Teléfono del padre/madre/tutor
Fecha de firma	
Identificación confirmada por el personal de CHC (Fecha e iniciales)	