



JULIA BARRIGA MD PA
 5001 E. BUSCH BLVD.
 TAMPA, FL 33617
 PHONE: (813) 984 8846
 FAX: (813) 984 8827
 www.juliabarrigamd.com

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE MENORES
 por otro que no sea el padre/madre o tutor**

8-26-19

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nombre completo del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nombre completo del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nombre completo del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____

Nombre completo del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Individuo (s) autorizado (s) a traer niños (mencionados anteriormente) para el tratamiento (incluidos mamá y papá)
 Toda persona que traiga niños DEBE PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN DE IMAGEN EN CADA VISITA.
 (LA PERSONA TENDRA QUE SER UNA PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS)

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco: _____

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco: _____

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco: _____

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco: _____

Firma (s)

Como padre / tutor legal, autorizo a la (s) persona (s) (mencionada anteriormente) a que traiga a mi hijo / hijos (enumerados anteriormente) a Julia Barriga , MD, PA para recibir servicios médicos. También soy consciente de que esta persona debe ser responsable de cualquier pago adeudado al momento del servicio o saldos anteriores.

Asegúrese de que la persona designada conozca la condición actual del paciente y que él / ella pueda transferir toda la información provista en la visita al padre o tutor.

PADRE, MADRE / TUTOR NAME _____

RELACIÓN LEGAL CON EL PACIENTE _____ Telefono al que estará disponible durante la visita _____

FIRMA DEL PADRE,MADRE / TUTOR _____ FECHA _____