



## Autorización para Tratar en Ausencia de Padre o Tutor

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a asistir a la visita con mi hijo/a y a consentir el tratamiento médico por parte de cualquier proveedor en la Clínica Pediátrica Westside, PC.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

La autorización es para mi hijo/hijos:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

---

**Firma**

**Fecha**