

WESTCHESTER DERMATOLOGY MEDICAL CLINIC

CONSENTIMIENTO DE MENORES

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

MAYORES DE 16 AÑOS:

Mayores de 16 años, **NECESITAN tener presente un padre/guardián legal durante la primera consulta** o se les pedirá reprogramar su cita. Si el paciente tiene 16 o 17 años, se le podrá ver en citas futuras sin la necesidad de la presencia de su padre o su guardián legal **SOLAMENTE** si el padre o el guardián llena la porción indicada abajo consintiendo a **Westchester Dermatology Medical Clinic y Sherri Peace M.D.** para el tratamiento de su adolescente.

Por la presente, otorgo a **Westchester Dermatology Medical Clinic y Sherri Peace, M.D.** permiso para atender a mi adolescente de 16 o 17 años cuando no llegue acompañado de un adulto a la oficina en:

_____ Hasta _____
FECHA DE PERMISO FECHA DE TERMINAR PERMISO

DEBE SER FIRMADO EN OFICINA

FIRMA DE PADRE O GUARDIÁN LEGAL

FECHA

ADOLESCENTE MENOR DE 15 AÑOS:

Adolescentes menores de 15 años **NECESITAN la presencia de un adulto para todas las consultas y visitas** o se les pedirá reprogramar su cita. Si el paciente es menor de 15 años, se les podrá ver para su cita con otra persona que no sea ni su padre o guardián legal **SOLAMENTE** si el padre o guardián legal autoriza y llena la porción indicada abajo consintiendo a **Westchester Dermatology Medical Clinic y Sherri Peace M.D.** para el tratamiento de su adolescente.

Por el presente, otorgo a **Westchester Dermatology Medical Clinic y a Sherri Peace M.D.** permiso para atender a mi adolescente cuando llegue a su visita acompañado/a por la persona autorizada abajo:

NOMBRE DEL ADULTO AUTORIZADO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

_____ Hasta _____
FECHA DE PERMISO FECHA DE TERMINAR EL PERMISO

DEBE SER FIRMADO EN OFICINA

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN LEGAL

FECHA