

# Cary/Apex/Fuquay-Varina Pediatric Centers

## Autorización para Obtener Servicios Médicos Sin el Padre o Tutor

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Yo, siendo el padre o tutor de niño mencionado arriba, por medio de la presente pido y autorizo a cualquier médico o enfermera practicante de Cary, Apex, Fuquay-Varina Pediatric Centers y a su personal que realice los servicios necesarios para mi hijo/a, (que tiene al menos 16 años de edad), que sean considerados convenientes por el médico, sin estar yo físicamente presente en la cita.

Yo pido que esta autorización se mantenga efectiva hasta \_\_\_\_\_ (fecha), o \_\_\_\_\_ indefinidamente.

Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, sometiendo una petición por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora