

CENTRAL COAST PEDIATRICS INC.  
1235 OSOS ST STE 100  
SAN LUIS OBISPO CA 93401  
(805) 549-0888  
1320 LAS TABLAS RD STE D  
TEMPLETON CA 93465  
(805) 434-3796

## Formulario de Consentimiento de los Padres

Doy consentimiento a todos los tratamientos médicos que se consideren necesarios para tratar a mi hija/hijo en mi ausencia. Autorizo a la siguiente persona(s) a tomar cualquier decisión.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Número de Contacto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Acompañado Por: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Al escribir mi nombre como mi firma, entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede aplicarse de la misma manera que una firma escrito.