



H N S S D A  
CLINIC, LTD.

**JAY CHAVDA, M.D**

**ASAYA PISESNAKORNKIT, P.A.-C**

**JOANNE FANNING, P.A.-C**

MEMORIAL HERMANN SOUTHWEST HOSPITAL

PROFESSIONAL BUILDING - TWO

7737 SOUTHWEST FRWY., SUITE 300 HOUSTON, TX 77074-1824 USA

P H O N E : (713) 774-2080 -- F A X : (713) 774-2096

Día Efectivo: \_\_\_\_\_

Expiración: \_\_\_\_\_  
(Valido tres meses después del día efectivo)

**AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO A UN MENOR**

Yo (nosotros) los padres, o tutor legal de \_\_\_\_\_ un menor, le damos autorización a los siguientes individuos para tomar decisiones medicas en referencia a mi hijo(a), incluyendo pero no limitando a, arreglando y autorizando consultas medicas, evaluaciones y tratamientos, incluyendo administración de medicamentos y/o inyecciones.

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Al firmar este consentimiento usted a entendido que su autorización es dada para que el doctor y sus asistentes médicos provean con el tratamiento necesario para su hijo(a) como lo crean conveniente para el bienestar y salud medica del paciente. También es de su conocimiento que esta autorización no va a ser valida en caso de una cirugía o procedimiento fuera de nuestra clínica.

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

Restricciones: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos o comidas: \_\_\_\_\_

Información relevante al paciente como medicamentos o condiciones medicas: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del Padre, Madre, o Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre, o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_

**Números Telefónicos donde podemos contactar a los padres :**

Por favor marque uno:

Padre, Madre, o Tutor Legal (Nombre en letra molde): \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo o celular: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Por favor marque uno:

Padre, Madre, o Tutor Legal (Nombre en letra molde): \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo o celular: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Reviewed and received by: \_\_\_\_\_ Ron C. \_\_\_\_\_ Lorena L. \_\_\_\_\_ Joyce T. \_\_\_\_\_ Zendi G. \_\_\_\_\_ Elisa V.

**\* REMEMBER TO ATTACH A COPY OF THE PHOTO IDENTIFICATION CARD FOR ALL INDIVIDUALS MENTIONED IN THIS AUTHORIZATION. \***