



# Children's & Women's Physicians of Westchester, LLP

## Village Pediatric Group

### CONSENTIMIENTO PARA MENOR DE EDAD

#### Para menores de 18 años

Autorizo que mi menor \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_ sea examinado \_\_\_\_\_ (fecha) por Children's & Women's Physicians of Westchester, LLP.

#### Solo o acompañado a la cita médica:

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado sin ir acompañado.

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado únicamente si va acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de CWPW.

#### Solo o acompañado en la sala de examen:

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad puede ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen sin ir acompañado de ninguna persona.

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen únicamente si va acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de CWPW.

\_\_\_ Autorizo cualquier examen, procedimiento y/o vacunas para mi hijo o hija menor de edad como parte del tratamiento médico.

Esta autorización es válida a partir de la fecha o período de tiempo \_\_\_\_\_

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

Nombre \_\_\_\_\_  
(en letra imprenta)

Fecha \_\_\_\_\_