



Pueblo
Community
Health Center

Autorización de Derechos Delegados para ser Atendidos

Yo (Nosotros) _____ y _____ de
(Nombre) (2nd Persona, si aplica)

_____, _____, por este medio yo/nosotros, los padres
(Ciudad) (Estado)

o tutores legales de _____, el menor nacido el: _____
(Nombre del menor) (Fecha de nacimiento)

Se Autoriza a: _____, adulto, con domicilio en
(Nombre)

_____, _____, _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado)

para que de consentimiento a cualquier examinación necesaria, diagnóstico médico o tratamiento
realizado al menor previamente mencionado bajo la supervisión general o especial, así también,
como aconseje cualquier medico con licencia para atender en Pueblo Community Health Center.

Dated this _____ day of _____, 20____

(signature of parent/guardian)
(firma del padre/tutor)

(signature of PCHC representative)

OR

(signature of parent/guardian)
(firma del padre/tutor)

(Notary Public)

my commission expires on _____