

Ketchum Health
5460 E. La Palma Ave,
Anaheim, CA 92807



AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN A MENORES DE EDAD 16-17 AÑOS

Yo, padre/guardián legal de _____ EDAD ____ a través de la firma del
Nombre del menor
presente documento autorizo al Centro para el Cuidado de los Ojos para proveer atención medica y/o
tratamiento en múltiples visitas sin mi presencia para el menor arriba mencionado, quien tiene como
mínimo 16 años de edad.

La presente autorización es válida desde _____ hasta _____.

Declaro libremente que no iniciaré ninguna acción legal en contra del Centro para el Cuidado de los Ojos
o contra ningún Doctor por la atención medica recibida basada en la presente autorización.

Este documento se hace efectivo hoy, _____

Padre(s)

Testigo

Guardián Legal

Testigo

Información Médica Importante

El padre/guardián puede ser ubicado en la siguiente dirección/teléfono: _____

Nombre del Doctor familiar/general: _____

Alergias: _____

Medicamento(s) que el menor esté tomando actualmente: _____

Problemas médicos o alguna otra condición que requiera atención especial: _____

Explique cualquier otra situación sobre la cual el Doctor deba estar enterado: _____
