



The Pediatric Center, Inc.



1447 MEDICAL PARK BLVD., SUITE #402
WELLINGTON, FL 33414
(561) 790-2600

927 S.E. 1ST STREET
BELLE GLADE, FL 33430
(561) 996-5252

**Consentimiento para el tratamiento de un menor de edad
interpuesto por personas no sea los padres**

Yo, _____, autorizo The Pediatric Center, Inc. para
permitir _____ a traer a mi hijo/a, _____,
fecha de nacimiento _____ para atencion medica en mi ausencia.

Entiendo que la autorizacion de la persona arriba indicada no me
libera de mi responsabilidad financiera hacia The Pediatric Center. Esto
incluye los co-pagos, deducibles y cualquier cantidad considerada no
cubierto por mi compania de seguro, a pagar en el momento del servicio.

**Esta carta es solo valida para UNA visita a menos que sea notariada, en
el cual sera valida por uno ano desde la fecha firmada.**

Firma del Padre

Fecha