



Lanzamiento para el Tratamiento de un Menor sin un Padre o Tutor

Doy a IKP Family Medicine mi permiso para el tratamiento de mi hijo sin mí presencia. Por favor, mantenga esto en el archivo para cualquier tiempo que no pueda asistir a una cita. Este permiso se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por escrito o el niño cumpla a la edad de 18 años.

IKP Family Medicine pide que de un los padres o tutor esté presente en todas las citas, pero entiende que esto no puede ser posible con algunos pacientes.

Fecha: _____

Nombre del Menor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____