

CENTRAL COAST PEDIATRICS INC.
1235 OSOS ST STE 100
SAN LUIS OBISPO CA 93401
(805) 549-0888
1320 LAS TABLAS RD STE D
TEMPLETON CA 93465
(805) 434-3796

Formulario de Consentimiento Para el Paciente de Menor de Edad

14 años de edad o mayor

Doy permiso a Central Coast Pediatrics, Inc. para el tratar a mi hijo/ hija sin la presencia de un padre o guardián.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de servicio: _____

Padre/Guardián legal: _____

Número de contacto: _____

Firma: _____

Al escribir mi nombre como mi firma, entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede aplicarse de la misma manera que una firma escrito.

RICHARD J. MACIAS, M.D., FAAP DALE W. ROWLAND, M.D., FAAP JAMES D CORYELL, M.D., FAAP
WANDA L. LO, M.D., FAAP JULIE R. ANSELMO, M.D., FAAP TAMARA J. BATTLE, M.D., FAAP MICHAEL
McNERNEY, M.D., FAAP KARA N. BRYDEN, M.D., FAAP SHELLEY LISK, MPAP KATIE SILVA, N.P.