

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
**CONSENTIMIENTO PARA PROVEER TRATAMIENTO ESPECIAL A UN NIÑO(A) O
TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA O CIRUGÍA**
(Para el Padre/Madre o Guardián/Tutor[a])

A (HOSPITAL O MÉDICO):

NOMBRE DEL NIÑO(A):

Por la presente doy permiso para el siguiente tratamiento médico o cirugía, el cual me han informado que es necesario para el niño(a) nombrado arriba.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN/TUTOR(A):

PARENTESCO CON EL NIÑO(A):

TESTIGO(A):

FECHA: