



East Liberty Family Health Care Center

A CHRISTIAN MINISTRY OF
WHOLE PERSON HEALTH CARE

East Liberty Family Health Care Center

Información Padre/Guardián Legal de un Menor *Parent/Legal Guardian Information for Minor Children*

(completar un formulario por niño/a)

Nombre del Menor: _____

Fecha de Nac.: _____
(mes/día/año)

Dirección: _____

Información Padre/Guardián Legal

Información Padre/ Guardián Legal

Nombre:	Nombre:
Fecha de Nac.: (mes/día/año)	Fecha de Nac.: (mes/día/año)
¿La dirección es la misma que el paciente? (marque una opción): <i>Si No</i>	¿La dirección es la misma que el paciente? (marque una opción): <i>Si No</i>
Si no, escriba la dirección a continuación:	Si no, escriba la dirección a continuación:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Estado:	Estado:
Código Postal:	Código Postal:
Número Telefónico:	Número Telefónico:

Yo, _____, Padre/Guardián Legal (si es Guardián Legal adjunte una copia con la orden de la corte) del menor mencionado arriba aseguro que; a la fecha de hoy no hay orden de la corte en efecto que prohíba al padre/guardián legal mencionados arriba a autorizar tratamiento médico/dental, para el menor nombrado arriba o que se haya asignado un representante personal para el niño/a.

Es responsabilidad del padre/guardián legal el notificar a East Liberty Family Health Care Center, si la información compartida en este documento cambia.

Firma del Padre/Guardian Legal

Fecha (mes/día/año)