

# Westchester Park Pediatrics PLLC



## Minor Consent

### Para menores de 18 años

Autorizo que mi menor \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_  
sea examinado \_\_\_\_\_ (fecha) por Westchester Park Pediatrics.

### Solo o acompañado a la cita médica:

- Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado sin ir acompañado.
- Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado únicamente si va acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de CWPW.

### Solo o acompañado en la sala de examen:

- Mi hijo o hija menor de edad puede ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen sin ir acompañado de ninguna persona.
- Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen únicamente si va acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de CWPW.
- Autorizo cualquier examen, procedimiento y/o vacunas para mi hijo o hija menor de edad como parte del tratamiento médico.

Esta autorización es válida a partir de la fecha o período de tiempo

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
(en letra imprenta)