

**FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATO**

YO, \_\_\_\_\_ DOY MI CONSENTIMIENTO A LA(S)  
SIGUIENTE(S) PERSONA(S) PARA TRAER A MI HIJO(A) \_\_\_\_\_,  
FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_, A LA OFICINA DEL DOCTOR PARA SER  
TRATADO.

NOMBRE:

PARENTESCO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

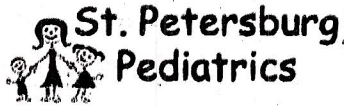
---

---

---

---

FIRMA DEL PADRE: \_\_\_\_\_



**REGISTRACIÓN DEL PACIENTE (Favor de escribir con claridad)**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_ Paciente vive con: Madre  Padre  Ambos

Otro

Nombre del Padre o Madre \_\_\_\_\_ Núm. Celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Núm. Celular \_\_\_\_\_  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)

Viudo(a)  Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_ Núm. Licencia Conducir \_\_\_\_\_

Empleador de Padre o Madre \_\_\_\_\_ Núm. Telefónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Cónyuge \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Núm. Licencia \_\_\_\_\_

Referido por \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contactar (aparte del cónyuge) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Núm. Telefónico \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO**

Cobertura Primaria, Nombre del Portador:

\_\_\_\_\_

Núm. Grupo \_\_\_\_\_

Núm. Identificación \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_

Cobertura Secundaria, Nombre del Portador

\_\_\_\_\_

Núm. Grupo \_\_\_\_\_

Núm. Identificación \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_

