

Informacion Tocante Padres Del Paciente Menor

Informacion tocante madre del pacinete menor:

apellido		nombre(s)	
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad:		Estado:	Codigo postal:
Casa Telefono: ()			
Empleador:			
Telefono de su empleador:			
Direccion de empleador:			
Numero de seguro social:			
Fecha de nacimiento:			

Informacion tocante padre del paciente menor:

apellido		nombre(s)	
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad:		Estado:	Codigo postal:
Casa Telefono: ()			
Empleador:			
Telefono de su empleador:			
Direccion de empleador:			
Numero de seguro social:			
Fecha de nacimiento:			

Declaracion para menores de edad:

Doy autorizacion ha McHenry County Orthopaedics, S.C. por tratamiento ha mi hijo/hija menor,

_____ (Nombre de menor).

Firma X _____