

Hillsborough Pediatric & Adolescent Medicine, PLLC

Forma de la Información de Paciente

Información de Paciente

Nombre de hijo/a _____

Fecha de nacimiento: _____ Niño Niña

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de teléfono: _____

Informacion de Padres:

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de teléfono: _____

Informacion de Farmacia:

Nombre de farmacia: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

La Autorización del Tratamiento

¿Cual puede autorizar al tratamiento de su niño/a?

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de teléfono: _____

Su Nombre: _____ **Relación:** _____

Su Firma: _____ **Fecha:** _____