



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Authorization Del Padre/ Guardian Legal

Nombre Completo Del Paciente _____

Fecha De Nacimiento Del Paciente _____

Las siguientes personas tienen el permiso para traer a mi Hijo/Hija (Con el nombre escrito arriba) a Legacy Pediatrics y participar por Completo en la consulta y autorizacion de cualquier tratamiento que el/ella dialogue con el Doctor. Las Personas que usted autorizan tiene el derecho de tener acceso a la información privada de la salud del paciente.

1. Realacion con el Paciente : _____

2. Realacion con el Paciente : _____

3. Realacion con el Paciente: _____

4. Realacion con el Paciente: _____

5. Realacion con el Paciente: _____

Padre / Guardiante Legal _____ Fecha _____