



Fecha: _____

286 New Brunswick Ave
Hopelawn, NJ 08861
Phone # 732-910-1312 Fax# 877-423-5835

Como padre/tutor legal, autorizo a las siguientes personas en acompañar a mi hijo/hija para una consulta medica en caso de emergencia o si no puedo hacerlo.

1. Nombre/Fecha de nacimiento _____
2. Nombre/Fecha de nacimiento _____
3. Nombre/Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/tutor legal: _____

Nota: Tenga en cuenta que la(s) persona(s) autorizada(s) debe(n) presentar una forma de identificación válida que incluya el nombre y la fecha de nacimiento.