



**Autorización para tratar en ausencia de los padres o tutores**

Autorizo a la(s) persona(s) siguiente(s):

\_\_\_\_\_, mi \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, mi \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, mi \_\_\_\_\_,

a estar presente en cualquier examen y dar su consentimiento para el tratamiento por cualquier profesional en la clínica de Pediatric Associates of the Northwest, P.C.

Esta autorización es para mi(s) hijo(s):

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/tutor Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono Fecha

Esto no aplica por ahora

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Authorization to Treat in the Absence of Parent or Guardian - Spanish

**Consultorio de Beaverton**

14795 SW Murray Scholls Dr., Ste. 121  
Beaverton, OR 97007  
Tel: 503-673-1071  
Fax: 503-227-0676

**Consultorio de Portland**

2701 NW Vaughn St., Ste. 360  
Portland, OR 97210  
Tel: 503-227-0671  
Fax: 503-227-0676

**Consultorio de Tigard**

7150 SW Dartmouth St.  
Tigard, OR 97223  
Tel: 503-968-3480  
Fax: 503-227-4589