



500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789
41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666
220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429
40-12 80th St ,Elmhurst , NY 11373 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

Autorización de los Padres y Formulario de Consentimiento

La persona que firmará abajo, autorizará y dará su consentimiento a **Los Proveedores De Metro Dermatology** para ver a mi hijo / hija _____ quien es menor de edad , para una evaluación médica y tratamiento para 6 meses a partir de la fecha que se firma este formulario . Debido a circunstancias inevitables , no puedo ir con mi hijo para esta visita. La emisión de esta autorización puede ser el usada para cualquier propósito legal que pueda servir .

Imprimir Nombre y firma: _____
Parents/Legal Guardian

Fecha : _____