

# Autorización para Cuidar a Mi Hijo

FORM 102S - R180917

YO, (SU NOMBRE) \_\_\_\_\_, EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN LEGAL DE LOS NIÑOS, POR LA PRESENTE AUTORIZO A LOS INDIVIDUOS DESIGNADOS ABAJO COMO "INDIVIDUO AUTORIZADO" LLEVAR A MI(S) HIJO(S) A LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM PARA RECIBIR CUIDADO EN MI AUSENCIA. EN MI AUSENCIA, UN AGENTE PUEDE PEDIR QUE LE DEN CUIDADO SEGÚN RECOMENDADO POR EL DOCTOR DE MI(S) HIJO(S) Y TAMBIÉN PUEDE FIRMAR PARA CUALQUIER INMUNIZACIÓN QUE HAY QUE ADMINISTRAR.

Firmado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## INDIVIDUOS AUTORIZADOS

### Nombre Completo de los Individuos Autorizados

### Relación a los niños

1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
6 _____	_____
7 _____	_____
8 _____	_____
9 _____	_____

## NIÑOS

### Nombre Completo de los Niños

### Fecha de Nacimiento

1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
6 _____	_____
7 _____	_____
8 _____	_____
9 _____	_____



**Salem Pediatric Clinic**  
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE  
Salem, Oregon 97302  
503-362-2481 · Phone  
503-371-7803 · Fax  
SalemPediatricClinic.com