



**Para menores de 18 años**

Autorizo que mi menor \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_  
sea examinado \_\_\_\_\_ (fecha) por Boston Children's Health  
Physicians, LLP.

**Solo o acompañado a la cita médica:**

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado sin ir  
acompañado.

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado únicamente si va  
acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de  
CWPW.

**Solo o acompañado en la sala de examen:**

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad puede ser examinado y recibir  
tratamiento en la sala de examen sin ir acompañado de ninguna  
persona.

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado y recibir  
tratamiento en la sala de examen únicamente si va acompañado  
por \_\_\_\_\_ y el personal médico de CWPW.

\_\_\_ Autorizo cualquier examen, procedimiento y/o vacunas para mi hijo  
o hija menor de edad como parte del tratamiento médico.

Esta autorización es válida a partir de la fecha o período de tiempo \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
(en letra imprenta)