**Roland J Domínguez MD PA**

**2829 Babcock, Suite 407**

**San Antonio, TX 78229**

**P (210) 614-5437 F (210) 949-5051**

**Autorización para Tratamiento Medico**

Por este medio doy me consentimiento y autorización a Roland J Domínguez MD PA de proporcionar el tratamiento medico a mi hijo/hija \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del niño). Entiendo que el medico/enfermera explicara cualquier condición, riesgos previsibles y métodos del tratamiento antes de que el tratamiento se proporcione. También autorizo Roland J Domínguez MD PA realizar un tratamiento adicional considero necesario en cualquier situación de emergencia.

En mi ausencia, yo autorizo a estos individuos a buscar atención médica para mi niño/niños.

Nombre: Relación: Teléfono:

Nombre: Relación: Teléfono:

Firma del Padre/Tutor Fecha

Relación a Paciente

**Aviso de Practicas de Privacidad**

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Reconozco que Roland J Domínguez MD PA me proporcionó una copia escrita de su aviso de prácticas de privacidad.

También reconozco que me ha permitido la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de privacidad y hacer preguntas.

Firma del Padre/Tutor Fecha

Relación a Paciente