



**SOUTH FLORIDA
ENT ASSOCIATES**

CONSENTIMIENTO PATERNAL (O GUARDIAN)

Yo, _____ padre o madre (o guardián) de un menor de edad (o persona incapacitada) _____ (referido como el paciente), autorizo el tratamiento al paciente por South Florida ENT Associates, P. A.

Si se requiere consentimiento adicional y yo no estoy disponible, yo autorizo a _____, el / la _____ del paciente para consentir/responder en mi lugar.

Nombre Del Paciente

Nombre de Padre/Madre (o Guardián)

Fecha

Testigo

Fecha