

Harold Magalnick, M.D.
Nicholas Argyros, M.D.
Jack Herchold, M.D.
Ronald Serbin, M.D.
David Kleiner, M.D.
Luis Arroyo, M.D.
Subir K. Mitra, M.D.
Arun J. Nemivant, M.D.



Pediatrics

In Loving Memory of
Samuel Smith, M.D.

Yvonne M. Funcke, M.D.
Michael B. Magalnick, D.O.
Gina D. Montion, M.D.
Cathy Kelley, P.A.-C.
Lisa Drummond, PNP
Cherilyn Jacobson, P.A.-C.
Amy Miceli, P.A.-C.



"We Care For Kids"

CONTINUACION DE PERMISO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Yo _____ soy el padre o madre natural de _____ , autorizo a
_____ que es un adulto que reside _____ en la ciudad de
_____ estado _____ para que de permiso para cualquier
examen medico; exámenes de laboratorio, o cualquier tratamiento necesario para mi hijo/a; esto
incluye permiso para ponerle vacunas que necesite mi hijo/a El cuidado debe ser proporcionado por
un doctor con licencia, asistente del doctor, o practicante de enfermera que este empleada por
Pediatrics.

Informacion Importante:

Numeros a llamar en caso de
emergencia: _____

¿Alérgico a alguna medicina? _____

Historial médico familiar que crea que es necesario mencionar:

Fecha _____

Imprima el nombre de los padres o persona responsables _____

Firma de los padres o persona responsables _____