

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.



# Pediatric

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  
Pediatric.

### 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 \_\_\_\_\_