

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



# Pediatrix

In Loving Memory of  
Samuel Smith, M.D.

Marianne Borch-Christensen, M.D.  
Yvonne M. Funcke, M.D.  
Gina D. Montion, M.D.  
Cathy Kelley, PA.-C.  
Sharon Harkins, CPNP  
Lisa Drummond, PNP



"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  
Pediatrix.

### Informacion Importante:

Numeros a llamar en caso de  
emergencia: \_\_\_\_\_

¿Alérgico a alguna medicina? \_\_\_\_\_

Historial medico familiar que crea que es necesario mencionar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre de los padres o persona responsables

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o persona responsables