



Children's Cardiovascular Medicine P.C



Eduardo Montaña, Jr., MD., MPH.

AUTORIZACION PARA TRATAR A UN MMENOR

Yo, _____,
(Padre, Madre o tutor legal)

Padre, Madre o tutor legal de: _____
(Nombre completo del paciente)

Doy mi autorización a:

(Nombre completo de la persona autorizada)

Esta autorización tiene validez hasta el día que yo la cancele de manera escrita.

Padre/Madre o tutor legal Fecha _____

Testigo/ Firma y nombre completo Fecha _____

Una copia del documento de identidad con foto, de quien está autorizando deberá entregarse con esta autorización

780 Canton Road. NE Suite 350. Marietta, GA 30060
4310 Johnscreek Parkway, Suite 180. Suwannee, GA 30024.
Phone: 404/943-0289. Fax: 404/943-9787