

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Pediatric Clinic Westbank
151 Meadowcrest st
Suite F
Gretna, La. 70056

Yo soy el padre, guardian, o representante personal de:

Nombre del Nino

Fecha de Nacimiento

Mediante la firma de este, por este medio reconocer Pediatrica Clinica Westbank tienen el derecho a utilizar y divulgar informacion medica protegida para tratamiento, pago y atencion medica, y que he recibido la **Notificacion de Practicas de Privacidad de Informacion de Salud Protegida**.

Firma del Padre, Guardian,
o Representante del Nino

Fecha de Hoy