

KINDCARE PEDIATRIC CENTER

DATE: _____

RE: **Patient Name/ Nombre del Paciente:** _____

I authorize the following persons / Yo authorize a las siguientes personas:

Name/ Nombre

Relationship/ Relacion

1. _____

Specify what you will authorize the person mentioned/ Especifique lo que usted quiere autorizar
 ___ act as substitute to bring my child for consult/ actuar en mi representacion
 ___ provide information in my absence/ proveer informacion en mi ausencia
 ___ authorize and sign tx, immunization/ autorizar y firmar tratamiento o las vacunas

2. _____

Specify what you will authorize the person mentioned/ Especifique lo que usted quiere autorizar
 ___ act as substitute to bring my child for consult/ actuar en mi representacion
 ___ provide information in my absence/ proveer informacion en mi ausencia
 ___ authorize and sign tx, immunization/ autorizar y firmar tratamiento o las vacunas

3. _____

Specify what you will authorize the person mentioned/ Especifique lo que usted quiere autorizar
 ___ act as substitute to bring my child for consult/ actuar en mi representacion
 ___ provide information in my absence/ proveer informacion en mi ausencia
 ___ authorize and sign tx, immunization/ autorizar y firmar tratamiento o las vacunas

4. _____

Specify what you will authorize the person mentioned/ Especifique lo que usted quiere autorizar
 ___ act as substitute to bring my child for consult/ actuar en mi representacion
 ___ provide information in my absence/ proveer informacion en mi ausencia
 ___ authorize and sign tx, immunization/ autorizar y firmar tratamiento o las vacunas

X _____
Signature / Firma

date / fecha

Relationship to patient/ Relacion al paciente