BridgeSpan Medicine

for teens and young adults

**Para menores de 18 años**

Autorizo que mi menor_____ , nacido el _____
sea examinado_____ (fecha) por Bridgespan Medicine.

**Solo o acompañado a la cita médica:**

___ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado sin ir acompañado.

___ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado únicamente si va acompañado por _____ y el personal médico de BSM.

**Solo o acompañado en la sala de examen:**

___ Mi hijo o hija menor de edad puede ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen sin ir acompañado de ninguna persona.

___ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen únicamente si va acompañado por _____ y el personal médico de BSM.

___ Autorizo cualquier examen, procedimiento y/o vacunas para mi hijo o hija menor de edad como parte del tratamiento médico.

Esta autorización es válida a partir de la fecha o período de tiempo _____

Firma del padre o tutor _____

Nombre _____
(en letra imprenta)